



Kurzvorschlag

Vorschlag für eine Versorgung (Tarif 120)
Swiss Life SBU

Persönliche Daten

Versicherte Person: **Herr**
 Geburtsdatum: **01.01.1993**
 Raucherstatus: **Nichtraucher**
 Tätigkeit: **Steuerberater/in (72304007)**
 Tätigkeitsmerkmale: **Angestellter, akademischer Abschluss Master (HS / Uni), mindestens 75% Bürotätigkeit, Vollzeit, unbefristet**
 Hobby: **kein risikorelevantes Hobby ausgewählt**
 Versicherungsbeginn: **01.07.2023, Eintrittsalter: 30 Jahre 6 Monat(e)**
 Ablaufdatum: **31.12.2059**

Unsere Leistungen (alle Betragsangaben in EUR)

	VD / LD	Schluss alter	garantierte Leistungen	inkl. Überschüsse*	Beitrag tariflich	Beitrag zu zahlen*
bei Berufsunfähigkeit (inkl. Pflegebedürftigkeit / Demenz)						
jährliche Rente	36 / 36 (6)	67 / 67 (0)	30.000,00	30.000,00	128,50	80,95
Ergibt Monatsrente zu Beginn			2.500,00	2.500,00		

Angabe von Monaten in ()

Überschuss-System: Beitragsverrechnung; Berufsunfähigkeitsrente um 1,70%* jährlich steigend.

gewünschte Dynamik: Volldynamik, Dynamikform B mit 5% Beitragssteigerung.

Karenzzeit: 0 Monat(e)

Ihr Beitrag (Leistungsprimat)

		tariflich	zu zahlen*
Beitrag	monatlich	128,50 EUR	80,95 EUR

Dieser Vorschlag setzt normale Gesundheitsbedingungen voraus. Eine ärztliche Untersuchung ist nicht notwendig; es genügt im Allgemeinen, die Gesundheitsfragen im Antrag zu beantworten. Falls im Antrag die Möglichkeit besteht die fakultative Nachversicherungsgarantie auszuwählen und diese auch gewählt wird, ist eine ärztliche Untersuchung notwendig. Hierfür erhalten Sie nach Antragstellung Unterlagen, mit denen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt aufsuchen.

Bei Nutzung Papierantrag / pdf-Antrag:

Unterschriften Antragsteller/Versicherte Person

Ort, Datum

Versicherungsnehmer (wenn Firma: Firmenstempel)

Ort, Datum

Versicherte Person

[XXX 077822d2-db06-443a-b827-c3f5e05089ba#DihDdNXoJi+JUQoYQk5TgQ== XXX]

* Die Höhe der künftigen Leistungen aus der Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.
(EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023

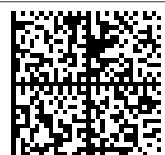


Interner Vermerk:

kldb10erw=72304007 kz_beruf=A1 stat_beruf=AN berufs_abschl=MA taet_buero=75 taet_koerperl=KA anz_ma=0 taet_form=UV schul_abschl=KA
taet_zusatz=KA

[XXX 077822d2-db06-443a-b827-c3f5e05089ba#DihDdNXoJi+JUQoYQk5TgQ== XXX]

* Die Höhe der künftigen Leistungen aus der Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.
(EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023



Sehr geehrte Damen und Herren,
wir freuen uns, dass Sie sich für ein Angebot von Swiss Life interessieren. Als führender Spezialist mit langjähriger Erfahrung rund um das Thema "Vorsorge" sind wir genau der richtige Partner für Ihre Wünsche und Ziele - ein Leben lang.

Das Angebot ist für Sie kostenlos und vollkommen unverbindlich. Es gliedert sich in folgende Bestandteile:

Übersicht der Vertragsbestimmungen

- **Kurzvorschlag**
- **Unverbindliche Modellrechnung**
Diese Berechnung zeigt Ihnen die mögliche Wertentwicklung Ihrer Versicherung nach unseren derzeit gültigen Überschuss-Sätzen.
- **Vorvertragliche Informationen**
Hier finden Sie weitere ergänzende Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, wie beispielsweise zu den vereinbarten Leistungen, den Laufzeiten und zum Zustandekommen des Vertrags.
- **Antrag**
- **Allgemeine Bedingungen**
Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung - AVB_EV_SBU_2022_10
Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz - VVS_EV_BUA_2018_07
Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik) - AVB_EV_DYB_2021_07
- **Weitere Antragsunterlagen**
Allgemeine Steuerinformationen - STH_EV_BUV_2022_07



Kurzvorschlag

Vorschlag für eine Versorgung (Tarif 120)
Swiss Life SBU

Persönliche Daten

Versicherte Person: **Herr**
 Geburtsdatum: **01.01.1993**
 Raucherstatus: **Nichtraucher**
 Tätigkeit: **Steuerberater/in (72304007)**
 Tätigkeitsmerkmale: **Angestellter, akademischer Abschluss Master (HS / Uni), mindestens 75% Bürotätigkeit, Vollzeit, unbefristet**
 Hobby: **kein risikorelevantes Hobby ausgewählt**
 Versicherungsbeginn: **01.07.2023, Eintrittsalter: 30 Jahre 6 Monat(e)**
 Ablaufdatum: **31.12.2059**

Unsere Leistungen (alle Betragsangaben in EUR)

	VD / LD	Schluss alter	garantierte Leistungen	inkl. Überschüsse*	Beitrag tariflich	Beitrag zu zahlen*
bei Berufsunfähigkeit (inkl. Pflegebedürftigkeit / Demenz)						
jährliche Rente	36 / 36 (6)	67 / 67 (0)	30.000,00	30.000,00	128,50	80,95
Ergibt Monatsrente zu Beginn			2.500,00	2.500,00		

Angabe von Monaten in ()

Überschuss-System: Beitragsverrechnung; Berufsunfähigkeitsrente um 1,70%* jährlich steigend.

gewünschte Dynamik: Volldynamik, Dynamikform B mit 5% Beitragssteigerung.

Karenzzeit: 0 Monat(e)

Ihr Beitrag (Leistungsprimat)

		tariflich	zu zahlen*
Beitrag	monatlich	128,50 EUR	80,95 EUR

Dieser Vorschlag setzt normale Gesundheitsbedingungen voraus. Eine ärztliche Untersuchung ist nicht notwendig; es genügt im Allgemeinen, die Gesundheitsfragen im Antrag zu beantworten. Falls im Antrag die Möglichkeit besteht die fakultative Nachversicherungsgarantie auszuwählen und diese auch gewählt wird, ist eine ärztliche Untersuchung notwendig. Hierfür erhalten Sie nach Antragstellung Unterlagen, mit denen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt aufsuchen.

Bei Nutzung Papierantrag / pdf-Antrag:

Unterschriften Antragsteller/Versicherte Person

Ort, Datum

Versicherungsnehmer (wenn Firma: Firmenstempel)

Ort, Datum

Versicherte Person

[XXX 077822d2-db06-443a-b827-c3f5e05089ba#DihDdNXoJi+JUQoYQk5TgQ== XXX]

* Die Höhe der künftigen Leistungen aus der Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.
(EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023

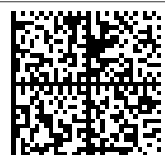


Interner Vermerk:

kldb10erw=72304007 kz_beruf=A1 stat_beruf=AN berufs_abschl=MA taet_buero=75 taet_koerperl=KA anz_ma=0 taet_form=UV schul_abschl=KA
taet_zusatz=KA

[XXX 077822d2-db06-443a-b827-c3f5e05089ba#DihDdNXoJi+JUQoYQk5TgQ== XXX]

* Die Höhe der künftigen Leistungen aus der Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden.
(EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023



Unverbindliche Modellrechnung

für eine Versorgung nach Tarif 120
Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherte Person: Herr ,
Geburtsdatum: 01.01.1993

Verlauf

In den nachfolgenden Berechnungen zeigen wir Ihnen die mögliche Wertentwicklung Ihrer Versicherung nach unseren gültigen Überschuss-Sätzen und der Überschussverwendung Beitragsverrechnung .

	monatlich garantierter Beitrag	monatlich zu zahlen*	garantierte BU-Rente	gesamte BU-Rente
31.12.2023	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2024	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2025	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2026	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2027	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2028	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2029	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2030	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2031	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2032	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2033	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2034	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2035	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2036	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2037	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2038	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2039	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2040	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2041	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2042	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2043	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2044	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2045	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2046	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2047	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2048	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2049	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2050	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2051	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2052	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2053	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2054	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2055	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2056	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2057	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00
31.12.2058	128,50	80,95	30.000,00	30.000,00

Entwicklung der BU-Rente in der Leistungsphase

In der unverbindlichen Modellrechnung zeigen wir Ihnen die mögliche Entwicklung Ihrer BU-Rente im Leistungsfall bei Eintritt von Berufsunfähigkeit im 1. vollen Versicherungsjahr. Hierbei sind die im Vorschlag unterstellten Leistungen bei Berufsunfähigkeit und die zurzeit aus der Überschussbeteiligung gewährte Steigerung der BU-Renten um 1,70% der Vorjahresrente ab dem 2. Rentenjahr auch für die Zukunft eingerechnet.

Leistungsjahr	Gesamtrente* inkl. Überschuss
1	30.000,00
2	30.510,00
3	31.028,67
4	31.556,16
5	32.092,61
6	32.638,19
7	33.193,04
8	33.757,32
9	34.331,19
10	34.914,82
11	35.508,37
12	36.112,02
13	36.725,92
14	37.350,26
15	37.985,22
16	38.630,96
17	39.287,69
18	39.955,58
19	40.634,83
20	41.325,62
21	42.028,15
22	42.742,63
23	43.469,26
24	44.208,23
25	44.959,77
26	45.724,09
27	46.501,40
28	47.291,92
29	48.095,89
30	48.913,52
31	49.745,05
32	50.590,71
33	51.450,75
34	52.325,42
35	53.214,95
36	54.119,60

Hinweise zur unverbindlichen Modellrechnung

Entwicklung der Versicherung

In der unverbindlichen Modellrechnung haben wir Ihnen in der Spalte garantierte BU-Rente die garantierten Versicherungsleistungen zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres dargestellt. Diese Leistungen werden von uns vertraglich zugesichert und im Versicherungsfall an den Berechtigten gezahlt.

Außerdem sind Sie an den Überschüssen unserer Gesellschaft beteiligt.

Die in der Spalte gesamte BU-Rente ausgewiesenen Werte haben nur hypothetischen Charakter.

Wir können nicht zusagen, dass Überschüsse in dieser Höhe tatsächlich anfallen. Auf diese Leistungen hat der Berechtigte, soweit sie über die zugesagte Leistung hinausgehen, keinen Anspruch, wenn und soweit die vertragsgemäß berechnete Überschussbeteiligung geringer ausfällt.

Um Ihnen dennoch einen Eindruck zu vermitteln, wie sich die zukünftigen Gesamtleistungen einschließlich der Überschussbeteiligung entwickeln können, ist in der unverbindlichen Modellrechnung vereinfachend unterstellt, dass die festgesetzten Überschussanteile während der gesamten Versicherungsdauer unverändert bleiben.

Die tatsächlich auszahlenden Leistungen können höher oder niedriger sein. Die angegebenen, unverbindlichen Gesamtleistungen sind somit nur als Beispiel und nicht als Prognose anzusehen.

Besonderheiten bei Kündigung

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig.

Vorvertragliche Informationen

Tarif	120
Versicherte Person	Herr
Geburtsdatum	01.01.1993
Raucherstatus	Nichtraucher
Beruf	Steuerberater/in (72304007)
Angaben zur beruflichen Tätigkeit	Angestellter, akademischer Abschluss Master (HS / Uni), mindestens 75% Bürotätigkeit, Vollzeit, unbefristet
Hobby	kein risikorelevantes Hobby ausgewählt

Leistungen Ihres Vertrags

Hauptversicherung

Swiss Life BU (Berufsunfähigkeitsversicherung) - Tarif 120

ist unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung und beinhaltet eine Beitragsbefreiung und eine Rente bei Berufsunfähigkeit.

Übersicht der Leistungen

Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Wir übernehmen die Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts unserer Leistungspflicht vereinbart sind.

Berufsunfähigkeitsrente

Zusätzlich zur Beitragsbefreiung leisten wir die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente.

Die Versicherungsleistungen werden wie folgt erbracht:

Wird die Versicherte Person während der Vertragsdauer der Versicherung zu mindestens 50 % berufsunfähig im Sinne der Versicherungsbedingungen, so gilt die volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für die Versicherung und wir leisten die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente in voller Höhe.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit als 50 % besteht kein Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die vertragsgemäßen Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden in dem Umfang erbracht, der zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles vereinbart ist. Gleiches gilt für die Dauer der Leistungen, soweit die Berufsunfähigkeit fortbesteht.

Die nachstehenden Leistung(en) erbringen wir nach Ablauf der von Ihnen gewählten Karenzzeit von 0 Monaten.

Leistungen	Versicherungsdauer		Leistungsdauer		Garantierte monatliche Rente	Gesamte monatliche Rente*
	Ablauf	Alter	Ablauf	Alter		
Beitragsbefreiung	31.12.2059	67 Jahre, 0 Monate	31.12.2059	67 Jahre, 0 Monate		
BU-Rente	31.12.2059	67 Jahre, 0 Monate	31.12.2059	67 Jahre, 0 Monate	2.500,00 EUR	2.500,00 EUR

Der Versicherungsschutz und der Leistungsanspruch im Fall der Berufsunfähigkeit bestehen ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Nach Anerkennung von Berufsunfähigkeit erhöhen sich laufende Renten ab dem 2. Rentenjahr jährlich um 1,70 %* der Vorjahresleistung.

* Bitte beachten Sie den wichtigen Hinweis zur Überschussbeteiligung am Ende der Vorvertraglichen Informationen (EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023

Information zum Überschussverwendungs-System

In der Anwartschaftsphase

Während der Versicherungsdauer werden die zugeteilten Überschussanteile der Berufsunfähigkeitsversicherung zur Beitragsverrechnung verwendet.

In der Leistungsphase

Während der Leistungsdauer werden die zugeteilten Überschussanteile der Berufsunfähigkeitsversicherung zur Bildung einer steigenden Überschussrente verwendet.

Detaillierte Informationen zum Überschussverwendungs-System finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Nachversicherungsgarantie

Sie können die Leistungen Ihrer Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne erneute medizinische Risikoprüfung im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie um maximal 100% der bei Vertragsschluss vereinbarten Leistungen erhöhen. Dabei darf die Gesamtrente bei voller Berufsunfähigkeit inklusive bestehender Vorversicherungen nach Inanspruchnahme dieser Option 2.500 Euro pro Monat nicht übersteigen. Bei einzelnen Berufen sehen unsere Annahmerichtlinien eine niedrigere Höchstrente vor. Die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie bietet Ihnen diese Erhöhungsmöglichkeit beispielsweise bei Heirat, der Geburt eines Kindes und bei einem Karrieresprung. Weitere Informationen zur Nachversicherungsgarantie entnehmen Sie bitte den ausgehändigten Versicherungsbedingungen.

In Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung können Sie die Erhöhungsmöglichkeit auf bis zu 4.000 Euro, bzw. auf bis zu 5.000 Euro monatlich im Rahmen der speziellen Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner wählen.

Laufzeiten Ihres Versicherungsvertrags

Hauptversicherung

Versicherungsbeginn (00:00 Uhr dieses Tages)	01.07.2023
Ende der Versicherungsdauer (24:00 Uhr dieses Tages)	31.12.2059
Ende der Leistungsdauer (24:00 Uhr dieses Tages)	31.12.2059

Zustandekommen Ihres Vertrages

Zum Abschluss Ihres Versicherungsvertrages muss uns zunächst von Ihnen als zukünftigem Versicherungsnehmer ein unterschriebener „Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags“ zugehen. Damit ist der Versicherungsvertrag aber noch nicht geschlossen. Über den Versicherungsvertrag erstellen wir eine Urkunde, Ihren Versicherungsschein. Erst wenn Ihnen dieser zugegangen ist, wurde der Versicherungsvertrag wirksam geschlossen. Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von Ihrem ursprünglichen Antrag ab, werden wir Sie auf die Änderungen deutlich sichtbar im Versicherungsschein hinweisen.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Im Rahmen der bedingungsgemäßen Grenzen und Voraussetzungen genießen Sie bei uns einen vorläufigen Versicherungsschutz, sobald Ihr Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags in unserer Niederlassung oder einer unserer Geschäftsstellen eingeht. Bitte informieren Sie sich in den Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz über die genauen Details.

Ihr Versicherungsbeitrag

	letzte Fälligkeit	Tarifbeitrag	zu zahlen*
Monatlicher Beitrag	01.12.2059	128,50 EUR	80,95 EUR

Die Beiträge sind jeweils zum 01. des Monats fällig.

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem oben angegebenen Versicherungsbeginn. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Sie haben sich für eine monatliche Zahlweise entschieden.

Die nachstehenden Kosten sind vollständig bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und müssen von Ihnen nicht zusätzlich gezahlt werden.

Art der Kosten	Kostenbetrag bzw. Kostensatz	Erhebungszeitraum bzw. Erhebungsweise
Abschluss- und Vertriebskosten	1.374,19 EUR	Die Abschluss- und Vertriebskosten fallen einmalig für die gesamte Vertragslaufzeit an, sind in Ihren Beiträgen bereits berücksichtigt und werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt.
Jährliche übrige Kosten des Vertrags	301,08 EUR	Die übrigen einkalkulierten Kosten gelten für die gesamte Versicherungsdauer vom 01.07.2023 bis zum 31.12.2059, sofern kein Leistungsfall eingetreten ist.
Darin enthaltene jährliche Verwaltungskosten des Vertrags	235,56 EUR	Die Verwaltungskosten sind während der gesamten Versicherungsdauer vom 01.07.2023 bis zum 31.12.2059, Bestandteil der übrigen Kosten und werden nicht gesondert erhoben.
Jährliche Verwaltungskosten des Vertrags während des Leistungsbezugs	2,00 EUR	Die Kosten beziehen sich auf je 100 EUR gezahlter Rente.

Die dargestellten übrigen Kosten berücksichtigen den zum Vertragsabschluss bzw. bei Vertragsänderung gültigen Tarifbeitrag. Zukünftige Änderungen, wie beispielsweise Dynamikerhöhungen oder Beitragsfreistellungen können zu einer Erhöhung oder Verringerung der übrigen Kosten führen.

Bei besonderen Anlässen können nicht in den Beitrag einkalkulierte sonstige Kosten entstehen (z.B. Gebühr für Lastschriftrückläufer). Informationen zu diesen Kosten entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Dynamik

Sie haben eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart.

Dynamik

Volldynamik

Dynamikform

Form B

Dies bedeutet eine Erhöhung der Beiträge um einen festen Prozentsatz. Sie haben einen Steigerungssatz von 5 % vereinbart.

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 5,00 %. Daraus errechnet sich die Steigerung der Leistungen gemäß den für diesen Vertrag geltenden Rechnungsgrundlagen und dem erreichten Lebensalter.

Die letzte Erhöhung erfolgt am 01.07.2053.

Sie können der dynamischen Erhöhung widersprechen. Nähere Erläuterungen dazu finden Sie in den Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung

Bei einer vollständigen Beitragsfreistellung setzen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auf eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente herab. Der folgenden Tabelle können Sie die garantierte beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente zu den jeweiligen Beitragsfreistellungsterminen entnehmen.

Beitragsfreistellung zum	Abzug bei Beitragsfreistellung in EUR	Jährliche garantierte beitragsfreie Rente bei Berufsunfähigkeit in EUR
31.12.2023	207,38	0,00
31.12.2024	623,15	0,00

* Bitte beachten Sie den wichtigen Hinweis zur Überschussbeteiligung am Ende der Vorvertraglichen Informationen (EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023

Beitragsfreistellung zum	Abzug bei Beitragsfreistellung in EUR	Jährliche garantierte beitragsfreie Rente bei Berufsunfähigkeit in EUR
31.12.2025	1.040,78	0,00
31.12.2026	1.409,01	0,00
31.12.2027	1.548,40	0,00
31.12.2028	1.687,44	0,00
31.12.2029	1.824,50	729,00
31.12.2030	1.959,18	1.050,96
31.12.2031	2.091,89	1.380,96
31.12.2032	2.222,48	1.719,60
31.12.2033	2.350,79	2.067,12
31.12.2034	2.475,52	2.421,60
31.12.2035	2.594,99	2.780,16
31.12.2036	2.706,78	3.138,12
31.12.2037	2.807,79	3.489,12
31.12.2038	2.896,37	3.830,40
31.12.2039	2.970,28	4.156,92
31.12.2040	3.027,92	4.465,20
31.12.2041	3.067,01	4.749,84
31.12.2042	3.085,72	5.005,20
31.12.2043	3.083,54	5.228,52
31.12.2044	3.060,85	5.418,00
31.12.2045	3.019,74	5.576,16
31.12.2046	2.963,53	5.708,76
31.12.2047	2.896,05	5.824,08
31.12.2048	2.812,20	5.901,36
31.12.2049	2.688,02	5.841,36
31.12.2050	2.526,68	5.613,24
31.12.2051	2.332,79	5.169,72
31.12.2052	2.114,39	4.444,08
31.12.2053	1.882,33	3.330,24
31.12.2054	1.640,33	1.543,92
31.12.2055	1.038,52	0,00
31.12.2056	39,81	0,00
31.12.2057	0,00	0,00
31.12.2058	0,00	0,00

Information zur Kündigung

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig. Weitere Informationen finden Sie in den ausgehändigten Versicherungsbedingungen.

Allgemeine Steuerhinweise

Die Beiträge zu dieser Versicherung sind im Rahmen der Höchstgrenzen des § 10 Abs. 1 Nr. 3a EStG als sonstige Vorsorgeaufwendungen steuerlich abzugsfähig. Die Leistungen unterliegen in Höhe des Ertragsanteils der Einkommensteuer. Der Ertragsanteil ergibt sich aus § 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb EStG in Verbindung mit § 55 EStDV.

Weitere Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung können Sie den Allgemeinen Steuerinformationen entnehmen.

* Bitte beachten Sie den wichtigen Hinweis zur Überschussbeteiligung am Ende der Vorvertraglichen Informationen (EVAonline 20233.2.0.0 - 20233.2.0.0) 08.06.2023

*** Wichtiger Hinweis zur Überschussbeteiligung**

Die Überschussbeteiligung setzt sich im Allgemeinen aus der Beteiligung an dem Überschuss und einer Beteiligung an den Bewertungsreserven zusammen. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung lässt sich nur unverbindlich darstellen. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung ist abhängig von den zukünftigen Überschussanteilsätzen. Diese wiederum hängen vom Risikoverlauf, von Kapitalerträgen, aber auch von der Entwicklung der Kosten ab. Vorhersagen über die Entwicklung sind daher über einen längeren Zeitraum nicht möglich.

Die Höhe der künftigen Leistungen aus der Überschussbeteiligung kann deshalb nicht garantiert werden, sie ist nur als Beispiel anzusehen.

Nähere Informationen zur Überschussermittlung und Überschussbeteiligung finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen.

Unser Unternehmen

Swiss Life AG Niederlassung für Deutschland

Zeppelinstraße 1
85748 Garching b. München

Aktiengesellschaft mit Sitz in Zürich
Amtsgericht München
HRB 120565

Hauptbevollmächtigter für Deutschland:

Jörg Arnold

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit:

Spezialist für private und betriebliche Vorsorge zur Absicherung von biometrischen Risiken, wie beispielsweise Langlebigkeit, Berufsunfähigkeit und Tod.

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Sicherungsfonds:

Swiss Life ist Mitglied im Sicherungsfonds

Protector Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin

Möglichkeit der Beschwerde:

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden, um Sie zufriedenzustellen. Sollte uns dies einmal nicht gelingen, bieten wir Ihnen einen besonderen Service. Da unser Unternehmen Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. ist, können Sie, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch nehmen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006
Berlin E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde bei der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde einzureichen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.



Versicherungsnehmer: 01.01.1993

Dieses Informationsblatt zu Versicherungsprodukten gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.



Was ist versichert?



Berufsunfähigkeit:

Wenn die Versicherte Person berufsunfähig wird, zahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit eine Rente von monatlich 2.500,00 EUR. In diesem Fall brauchen Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit keine Beiträge zu zahlen.

Die Versicherte Person gilt als berufsunfähig, wenn sie infolge von Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % auszuüben.

Pflegebedürftigkeit liegt vor ab Pflegegrad 2, bei 3 von 6 ADL-Punkten oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz gemäß der Allgemeinen Bedingungen.

Die Versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn sie eine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Bitte beachten Sie: Die Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Pflegebedürftigkeit“ haben in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung einen abweichenden Inhalt.



Akuthilfe:

Erkrankt die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, an einer in den Allgemeinen Bedingungen beschriebenen schweren Krankheit, zahlen wir als Akuthilfe die für den Fall einer Berufsunfähigkeit vereinbarte monatliche Rente für eine Dauer von zwölf Monaten, solange die Versicherte Person lebt.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit und Akuthilfe können nicht gleichzeitig bezogen werden.

Wir erbringen unsere Leistungen längstens bis zum 31.12.2059.



Was ist nicht versichert?



Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?



Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein. Dazu zählt zum Beispiel, wenn die Berufsunfähigkeit auf den folgenden Umständen beruht:



die vorsätzliche Ausführung oder der Versuch einer Straftat, eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person.



eine absichtliche Selbstverletzung oder eine versuchte Selbsttötung.



innere Unruhen oder kriegerische Ereignisse.



durch Strahlen infolge Kernenergie.



durch ABC-Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz von ABC-Stoffen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Versicherte Person hat weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie als Antragsteller und die Versicherte Person müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen rechtzeitig und vollständig bezahlt werden.
- Die Berufsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sind ärztlich nachzuweisen. Die Versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.
- Während der Dauer einer Berufsunfähigkeit muss uns eine Minderung des Grades der Berufsunfähigkeit, der Pflegebedürftigkeit, oder die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit angezeigt werden.



Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag muss unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages bezahlt werden, jedoch nicht vor dem 01.07.2023. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen monatlich jeweils im Voraus bezahlt werden. Sie können uns eine Ermächtigung erteilen, damit wir die Beiträge von einem Konto einziehen können.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, frühestens jedoch am 01.07.2023. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn der Beitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird. Die Versicherte Person ist versichert, wenn die Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit bis zum 31.12.2059 eintritt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag kann jederzeit zum Ende des Monats in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) gekündigt werden. Mit der Kündigung erlischt der Vertrag.

Beitrag und Kosten

Der monatliche Beitrag beträgt 128,50 EUR. Unmittelbar ab Versicherungsbeginn wird Ihr Vertrag zudem an entstehenden Überschüssen beteiligt. Dadurch ermäßigt sich der Beitrag im ersten Jahr auf 80,95 EUR. In der Folgezeit kann die Ermäßigung jedes Jahr unterschiedlich hoch sein oder auch ganz entfallen. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Die im Beitrag enthaltenen Abschluss- und Vertriebskosten belaufen sich insgesamt auf 1374,19 EUR. Die übrigen Kosten betragen jährlich 301,08 EUR für die Versicherungsdauer vom 01.07.2023 bis zum 31.12.2059, wobei davon jährlich 235,56 EUR auf Verwaltungskosten entfallen. Sie sind ebenfalls im Beitrag enthalten. Ändert sich der Beitrag, ändern sich auch die Kosten. Darüber hinaus können, soweit von Ihnen veranlasst, sonstige Kosten entstehen, die wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen.

Antrag auf Abschluss einer Swiss Life Berufsunfähigkeitsversicherung

bei der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, nachstehend Swiss Life genannt.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – in Formularen die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Tarif	Hauptversicherung	Tarif	Zusatzversicherung
120	Swiss Life BU Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit	70	«care»-Option Folgeschutz-Pflege, Pflege-Zusatzversicherung mit einer lebenslangen Rente bei Pflegebedürftigkeit
120	Swiss Life BU plus Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit	71	«care»-Option plus Sofortschutz-Pflege, Wie care-Option; außerdem leistet die care-Option plus eine zusätzliche Rente bei Pflegebedürftigkeit in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente bereits während der Versicherungsdauer
122	Swiss Life BU 4U Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Berufsunfähigkeit für junge Leute in Ausbildung	75	Anschluss-Option Zukunftsschutz-Pflege, Option auf Abschluss einer selbstständigen Pflegerentenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung
122	Swiss Life BU 4U plus Berufsunfähigkeitsversicherung gegen die finanziellen Folgen der Berufsunfähigkeit mit Beitragsbefreiung und Rente bei Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit für junge Leute in Ausbildung	90	Schwere-Krankheiten-Option Schwere-Krankheiten-Schutz, Dread-Disease-Zusatzversicherung mit garantierter Kapitalleistung bei Eintritt einer versicherten schweren Krankheit
		Dynamik	Laufende Erhöhung der Beiträge und – daraus berechnet – der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Zusätzliche Hinweise zu den Tarifen finden Sie in den „Ergänzenden Informationen“ und in der Schlusserklärung.

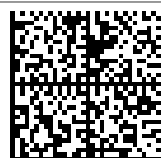
Interner Vermerk:

klDb10erw=72304007_kz_beruf=A1_stat_beruf=AN_berufs_abschl=MA_tact_buero=75_tact_koerperi=KA_anz_ma=0_tact_form=UV_schul_abschl=KA_tact_zusatz=KA

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
Amtsgericht München HRB 120565
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Jörg Arnold
Zeppelinstraße 1 • 85748 Garching b. München
Telefon +49 89 38109-0 • Fax +49 89 38109-44 05
www.swisslife.de

Aktiengesellschaft schweizerischen Rechts
mit Hauptsitz in Zürich
Handelsregister Kanton Zürich • CHE-105.928.677
Verwaltungsrat: Rolf Dörig (Vors.), Klaus Tschütscher,
Thomas Buess, Monika Büttler, Adrienne Corbound Fumagalli,
Ueli Dietiker, Damir Filipovic, Frank W. Keuper, Stefan
Loacker, Henry Peter, Martin Schmid, Franziska Tschudi Sauber

Bayerische Landesbank München
IBAN DE24 7005 0000 0000 0365 45
BIC BYLA DE 3303 0333
Gläubiger-ID DE20ZZZ00000042095



Gesonderte Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

für die Entscheidung über den Vertragsabschluss bzw. die gewünschte Vertragsänderung benötigen wir persönliche Angaben von Ihnen zu Gefahrumständen, nach denen wir Sie fragen, wie z. B. zu Ihrer gesundheitlichen Situation und Ihren Hobbys sowie Fragen zu Ihrem Beruf und Ihrem Einkommen.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag (ggf. Ihre Versicherungsanfrage) ordnungsgemäß prüfen können, ist es nötig, dass Sie diese Antragsfragen vollständig und vor allem wahrheitsgemäß beantworten (§ 19 VVG). Das gilt übrigens auch für **Nachfragen** durch Swiss Life oder den Vermittler sowie bei einem Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebots (Invitativmodell). Geben Sie im Zweifelsfall vorsorglich auch solche Umstände an, denen Sie eher geringe Bedeutung beimessen.

Falls Sie bestimmte Themen nicht gegenüber dem Vermittler ansprechen möchten, können Sie eine schriftliche Erklärung zu diesen Punkten auch gerne direkt an uns schicken:

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland
Zeppelinstraße 1
85748 Garching b. München

Diese Erklärung muss uns dann bitte möglichst kurzfristig zugehen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Über die **Folgen** einer solchen Verletzung der Anzeigepflicht informieren wir Sie im folgenden Abschnitt.

Die Folgen richten sich nach dem jeweiligen **Grad des Verschuldens**.

Bei einer **vorsätzlichen Anzeigepflichtverletzung** können wir **zurücktreten**.

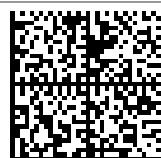
Im Fall einer **grob fahrlässigen Anzeigepflichtverletzung** besteht ein solches **Rücktrittsrecht** auch – es sei denn, der Vertrag wäre bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit anderen Bedingungen geschlossen worden: In diesem Fall werden diese **(anderen) Bedingungen** auf unser Verlangen hin **rückwirkend zum Vertragsbestandteil**.

Liegt **weder eine vorsätzliche noch grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung** vor, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **kündigen**. Auch hier gilt: Wäre der Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände mit **anderen Bedingungen** geschlossen worden, werden diese ebenfalls auf unser Verlangen hin **rückwirkend zum Vertragsbestandteil**. Sofern die Pflichtverletzung nicht von der Versicherten Person zu vertreten ist, gilt dies ab der laufenden Versicherungsperiode.

Unsere Leistungspflicht kann daher bei einer Verletzung der Anzeigepflicht selbst bei einem bereits eingetretenen Leistungsfall ausgeschlossen sein.

Sie haben dazu noch Fragen? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Mit freundlichen Grüßen
Swiss Life



Antrag auf Abschluss (Antragsmodell) Berufsunfähigkeitsversicherung

I. Am Vertrag beteiligte Personen

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Angabe genau und vollständig zu machen. Bitte beachten Sie auf Seite 2 die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Bei falschen oder unvollständigen Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.

GP-Name	
Vermittler-Nr.	
Antragsnummer extern	Büronummer
VVR-Nummer	
Referenz-Nr.	

Versicherungsnehmer Antragsteller

Anrede	Titel	Vorname	Name	
Straße		Hausnummer	1. Staatsangehörigkeit	
LKZ	Postleitzahl	Wohnort (Erstwohnsitz muss in Deutschland sein)	Steuerliche Identifikationsnummer	weitere Staatsangehörigkeit
Geburtsort		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		
Geburtsname		Telefon	Fax	E-Mail-Adresse

Zu versichernde Person

Anrede	Titel	Vorname	Name				
Straße		Hausnummer	1. Staatsangehörigkeit				
LKZ	Postleitzahl	Wohnort	Steuerliche Identifikationsnummer	weitere Staatsangehörigkeit			
der Berechnung zugrunde liegender Beruf und Tätigkeitsmerkmale							
falls abweichend: derzeitige tatsächlich ausgeübte berufliche Tätigkeiten							
angestellt	selbstständig	Beamter/-anw.	GF/Vorstand	Student	Schüler	Azubi	Nicht erwerbst.
Geburtsort		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Branche/Studiengang und Semester		risikorelevantes Hobby		
Geburtsname		Telefon	Fax	E-Mail-Adresse			

Beitragszahler

Anrede	Titel	Vorname	Name	
Straße			Hausnummer	
LKZ	Postleitzahl	Wohnort		

SEPA-Lastschriftmandat bis auf Widerruf

IBAN

II. Bezugsberechtigte

Für die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung im Erlebensfall ist bezugsberechtigt:
widerruflich unwiderruflich

III. Angaben zum Geldwäschegesetz

Es sind keine weiteren Angaben erforderlich, da die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung nicht dem Geldwäschegesetz unterliegt.



IV. Technische Daten der Versicherung

Es besteht kein rückwirkender Versicherungsschutz!

Hauptversicherung (Berufsunfähigkeitsversicherung)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahre	<input type="text"/>	Monate
Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer bis	Versicherungsdauer			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahre	<input type="text"/>	Monate
Leistungsdauer bis	Leistungsdauer	Schlussalter			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>
Tarif	garantierte Rente pro Jahr	garantierte Rente pro Monat	garantierte Rentensteigerung	Überschussverw-System	Karenzzeit
<input type="text"/>	Rentenzahlungsweise				

24 Monate Arbeitsunfähigkeits-Rente ist mitversichert

Nachversicherungsgarantie J

Die Nachversicherungsgarantie ist automatisch eingeschlossen, wenn die Summe aller bei Swiss Life beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen weniger als 2.500 Euro betragen. Mit dieser Nachversicherungsgarantie können Sie die beantragte BU-Rente um 100 % der Anfangsrente, jedoch max. auf 2.500 Euro BU-Rente, erhöhen. Bei einzelnen Berufen sehen unsere Annahmerichtlinien eine niedrigere Höchstrente vor.

Sie können die Grenze von 2.500 Euro auf max. 4.000 Euro, bzw. auf max. 5.000 Euro BU-Rente im Rahmen der speziellen Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner anheben. Hierbei darf die Summe aller bei Swiss Life beantragten und bestehenden BU-Renten inkl. Bonus und Erhöhungen max. 4.000 Euro bzw. 5.000 Euro betragen.

Für diese Anhebung ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.

Ja, der Einschluss der Nachversicherungsgarantie F mit ärztlicher Untersuchung wird gewünscht

Dynamik

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Umfang	Form
<input type="text"/>	%
jährliche Steigerung des Beitrags	

Beitrag

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>	Euro	<input type="text"/>	Jahre	<input type="text"/>	Monate
Zahlweise	Tarifbeitrag		zzt. zu zahlender Beitrag			Beitragszahlungsdauer		

V. Besondere Vereinbarungen

1. Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Wenn ja, welche? ja nein
(Umfang Dauer, Voranfragen-Nr. und Votum)



VI. Besondere Risikofragen der Swiss Life an die zu versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage in diesem Antrag oder weiteren Anlagen/Unterlagen/Formularen (ggf. gegenüber einem anderen Versicherer) genau und vollständig zu beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen ebenfalls genau und vollständig, schriftlich und unverzüglich Swiss Life angezeigt werden. Bitte beachten Sie hierzu auf Seite 2 die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Abs. 5 VVG. Bei falschen oder unvollständigen Antworten/Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.

VI. A. Berufliche Tätigkeit

1. Haben Sie eine anerkannte Ausbildung abgeschlossen? nein ja
Wenn ja, welche? (z.B. kaufmännische Ausbildung, Ausbildung in Handel/Handwerk/Industrie)
2. Haben Sie eine anerkannte Weiterbildung abgeschlossen? nein ja
Wenn ja, welche? (z. B. Fachwirt, Techniker, Meister)
3. Haben Sie ein Studium abgeschlossen? nein ja
Wenn ja, welches und mit welchem Abschluss? (z. B. Bachelor, Master)
4. Sind Sie angestellt? nein ja Vollzeit Teilzeit
5. Sind Sie verbeamtet? nein ja
6. Sind Sie selbständig und seit wann ununterbrochen?
seit (Monat/Jahr)
7. Welche weiteren beruflichen Tätigkeiten haben Sie in den letzten 5 Jahren ausgeübt?
8. Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit? unter 75% 75%-99% 100%
9. Wie hoch ist der Anteil der körperlichen Tätigkeit? %
10. Für wie viele sozialabgabenpflichtige Mitarbeiter tragen Sie die Verantwortung?
11. Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen? (bitte immer angeben) EUR

Unter Nettoeinkommen wird verstanden:

Bei nichtselbständiger Tätigkeit: = durchschnittliches regelmäßiges Nettoeinkommen der letzten 12 Monate (inkl. Weihnachts- und Urlaubsgeld) ohne einmalige Sonderzahlungen (z.B. Tantiemen). Das Nettoeinkommen entspricht dem Bruttoarbeitseinkommen minus Lohnsteuer minus Solidaritätszuschlag. Sozialversicherungsbeiträge und Kirchensteuer müssen nicht abgezogen werden.

Bei selbständiger Tätigkeit: = durchschnittlicher Gewinn der letzten 3 Jahre nach Steuern.

Wenn die Selbstständigkeit weniger als 3 Jahre besteht, tragen Sie bitte den durchschnittlichen Gewinn der Jahre ein, in denen Sie selbstständig tätig waren, und reichen Sie in diesen Fällen ergänzend die Einkommensnachweise der letzten 3 Jahre ein.

Einkommens-/Gewinnnachweise der letzten 3 Jahre reichen Sie bitte immer bei AKS-Jahresrenten ab 31.200,01 Euro (beantragte + bestehende inkl. Bonus) ein. Das gilt für Nichtselbstständige, Selbstständige und Freiberufler.

VI. B. Bisheriger Versicherungsschutz der Arbeitskraftabsicherung (AKS) wegen Berufsunfähigkeit (BU), verminderter Erwerbsfähigkeit (EU) oder Verlust von Grundfähigkeiten (GF)

Sind Sie bereits bei anderen Gesellschaften oder Swiss Life privat und/oder betrieblich gegen Berufsunfähigkeit (BU), verminderte Erwerbsfähigkeit (EU) oder Verlust von Grundfähigkeiten (GF) versichert oder haben Sie in den letzten 12 Monaten einen solchen Versicherungsschutz beantragt? Wenn ja, bitte immer Tabelle unten ausfüllen! Alle bestehenden, aktuell parallel und in den letzten 12 Monaten beantragten Renten sind anzugeben! Felder ohne Eintrag werden mit null gewertet.

Wie hoch sind neben der beantragten Rente die Jahresrenten im Falle der Berufsunfähigkeit (BU-Rente) oder bei Verlust der Arbeitskraft (z. B. EU-/GF-Renten) aus der 1., 2. und 3. Schicht (Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken, beamtenrechtlicher, betrieblicher, privater Versorgung)?

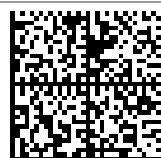
Ihr bestehender und beantragter AKS-Schutz darf nicht zu einer Überversicherung führen.

Bis zu einer AKS-Jahresrente (bestehende und beantragte) von 12.000 Euro, bzw. 24.000 Euro bei Human- und Zahnmedizinern, sind Sie grundsätzlich nicht Überversichert.

Überversichert sind Sie, wenn Ihre bestehenden und beantragten AKS-Jahresrenten mehr als 80% eines Nettoeinkommens bis 50.000 Euro und 50% eines darüberhinausgehenden Einkommens ausmachen.

Die Bezugsgröße "Nettoeinkommen" ist dabei der oben eingetragene Wert.

Private berufsständische AKS-Renten aus einem Versorgungswerk berücksichtigen wir dabei erst (und dann auch nur zur Hälfte), wenn ihre betrieblichen und anderen privaten Jahresrenten 36.000 Euro übersteigen (42.000 Euro bei Human- und Zahnmedizinern).



Wenn Sie übertversichert sind, weisen wir Sie im Versicherungsschein darauf hin. Dann müssen Sie Ihren bestehenden oder beantragten Versicherungsschutz entsprechend reduzieren. Lassen Sie sich dabei von Ihrem Versicherungsvermittler beraten. Falls Sie später Leistungen aus dieser Versicherung geltend machen, weisen Sie uns die Reduzierung nach. Wir behalten die Leistungen anteilig zur Übertversicherung zurück, bis uns der Nachweis vorliegt (und erstatten sie dann). Wenn Sie Ihren bestehenden oder beantragten Versicherungsschutz vor Eintritt des Leistungsfalls nicht reduziert haben, verringert sich unsere Leistungspflicht anteilig. Maßgeblich für die Übertversicherung ist Ihr Einkommen bei Antragstellung.

AKS-Absicherung	Name der Gesellschaft	Jährliche Rente
private AKS-Renten bei anderen Versicherern (3. Schicht)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Euro
private AKS-Renten bei Swiss Life, Vorversicherung-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/> Euro
private Rürup- und Riester-Renten	<input type="text"/>	<input type="text"/> Euro
betriebliche, beamtenrechtliche Renten (z. B. Direktversicherung, Pensionszusage, Unterstützungskasse)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Euro
berufsständische Renten (bitte in voller Höhe eintragen, angerechnet werden max. 50%)	<input type="text"/>	<input type="text"/> Euro
Aktueller Antrag	<input type="text"/>	<input type="text"/> Euro

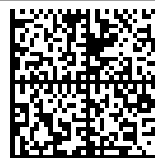
VII. Fragen der Swiss Life an die zu versichernde Person

Hinweis: Wir bitten Sie, jede Frage in diesem Antrag oder weiteren Anlagen/Unterlagen/Formularen (ggf. gegenüber einem anderen Versicherer) genau und vollständig zu beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, müssen ebenfalls genau und vollständig, schriftlich und unverzüglich Swiss Life angezeigt werden. Bitte beachten Sie hierzu auf Seite 2 die Gesonderte Mitteilung über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gemäß §19 Abs.5 VVG. Bei falschen oder unvollständigen Antworten/Angaben können wir vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, ihn anpassen oder die Leistung teilweise oder vollständig verweigern.

Wir machen den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig. Unter einem „prädiktiven Gentest“ versteht man die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf bestimmte Krankheitsveranlagungen. Liegen bereits Befunde aus prädiktiven Gentests vor, müssen sie erst ab einer Versicherungssumme von mehr als 300.000 Euro bzw. Jahresrente von mehr als 30.000 Euro (Summe aus allen bestehenden und beantragten Versicherungen aller Art bei Swiss Life und anderen Lebensversicherern) offen gelegt werden.

VII. A. Fragen zur persönlichen Situation

1. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt?		4. Besteht eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung, ein Organfehler oder eine angeborene Erkrankung? Wenn ja, welche?	nein	ja
1.1 im Beruf (z. B. Auslandsaufenthalt*, Flugrisiko*, Umgang mit Chemikalien/radioaktiven Stoffen/Röntgen- und andere Strahlen*, Sprengstoff)? <i>* gleichnamiger Fragebogen notwendig</i>	nein	<input type="text"/>		
1.2 in der Freizeit (z. B. Berg- und Klettersport*, Extremsport**, Flugsport*, Kampfsport*, Motorsport*, Reitsport*, Tauchsport*)? <i>* gleichnamiger Fragebogen oder ** allgemeiner Fragebogen Freizeit/Hobby notwendig</i>	nein	5. Besteht ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? <i>Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art und Höhe der Rente und Erkrankung beifügen</i>	nein	ja
2. Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate zusammenhängend länger als 3 Monate in ein Land außerhalb der Europäischen Union zu reisen? <i>Fragebogen Auslandsaufenthalt notwendig</i>	nein	6. Beziehen bzw. bezogen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder wegen eines Unfalls oder ist eine Rente aus gesundheitlichen Gründen beantragt? <i>Bitte Kopie des Bescheids und der Unterlagen über Art und Höhe der Rente und Erkrankung beifügen</i>	nein	ja
3. Wurden in den letzten 5 Jahren Versicherungsanträge auf Lebens-, Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-), Grundfähigkeits- oder Schwere-Krankheiten-Versicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt oder sind noch nicht endgültig entschieden? <i>Fragebogen Vorversicherung notwendig</i>	nein	7. aktuelle Größe und Gewicht <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg		
		8. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate aktiv geraucht, gedampft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert? Hierzu zählt z. B. der Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) - jeweils auch in elektrischer Form. Oder haben Sie Nikotin-Kaugummis konsumiert oder Nikotin-Pflaster verwendet?	nein	ja
		9. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? <input type="text"/>		
(Name, Anschrift)				



Hinweis zur fakultativen Nachversicherungsgarantie mit ärztlicher Untersuchung / M-Check direct:

Wenn Sie sich für die fakultative Nachversicherungsgarantie (F) entscheiden, ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Die Fragen im Abschnitt Versicherung ohne ärztliche Untersuchung müssen dann nicht beantwortet werden. Sie können die ärztliche Untersuchung bei Ihrem Arzt durchführen lassen oder stattdessen den Service „M-Check direct“ vom Medicals Direct Deutschland GmbH nutzen. Füllen Sie bitte dazu die Erklärung zum M-Check direct aus und reichen sie zusammen mit dem Antrag ein.

VII. B. Versicherung ohne ärztliche Untersuchung

Abfragezeitraum unbegrenzt							
1.	Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt oder steht ein Testergebnis noch aus?	nein	ja	3.10	der Wirbelsäule* oder Bandscheibe (z. B. Verspannungen, Hexenschuss, Schleudertrauma, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenfehlstellung)? <i>* gleichnamiger Fragebogen notwendig</i>	nein	ja
Abfragezeitraum 10 Jahre							
2.	Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	nein	ja	3.11	der Knochen* oder Gelenke/Bänder/Muskeln* (z. B. Frakturen, Gelenkverschleiß, Gelenkverletzungen, rheumatische Beschwerden)? <i>* Fragebogen Gelenke/Bänder/Muskeln notwendig</i>	nein	ja
Abfragezeitraum 5 Jahre							
3	Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Psychologen oder sonstige Therapeuten oder Angehörige der Gesundheitsberufe untersucht, behandelt oder beraten worden wegen Erkrankungen (Erkältungskrankheiten sind nicht anzugeben), Störungen oder Unfallfolgen			3.12	der Haut* oder Allergien* (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte, auffällige Muttermale)? <i>* je Diagnose Fragebogen Haut oder Allergie/Asthma notwendig</i>	nein	ja
3.1	des Herzens, Kreislaufs oder der Gefäße (z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck*, Krampfader, Thrombose, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen)? <i>* Fragebogen Bluthochdruck notwendig</i>	nein	ja	3.13	der Augen (z. B. Sehstörung, Astigmatismus, erhöhter Augeninnendruck, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung)? Besteht eine Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien oder bestand eine solche Fehlsichtigkeit vor einem operativen Korrekturingriff? <i>(Bitte Dioptrien angeben)</i>	nein	ja
3.2	der Lunge, Bronchien oder des Zwerchfells (z. B. Asthma*, chronische Bronchitis, COPD, Schlafapnoe)? <i>* Fragebogen Allergie/Asthma notwendig</i>	nein	ja		<input type="text"/> links		
					<input type="text"/> rechts		
3.3	der Verdauungsorgane - Magen, Darm, auch Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z. B. Sodbrennen, chronische Gastritis, Reizdarm, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Leberwerterhöhung, Leberzirrhose)?	nein	ja	3.14	der Ohren (z. B. Tinnitus*, vermindertes Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen)? <i>* gleichnamiger Fragebogen notwendig</i>	nein	ja
3.4	der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. chronische Blasenentzündung, Niereninsuffizienz, Entzündung der Prostata, Endometriose und Zysten, Brustknoten, Auffälligkeiten im Urin (Blut, Eiweiß), auffälliger PAP-Abstrich, erhöhter PSA-Wert)?	nein	ja	4.	Nehmen Sie oder haben Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig (zusammenhängend mehr als 4 Wochen oder an mehr als 20 Tagen im Jahr) apothekenpflichtige wirkungsgleiche Medikamente zu sich genommen?	nein	ja
3.5	des Stoffwechsels oder Hormonhaushalts (z. B. Diabetes, erhöhte Blutfettwerte/Hypercholesterinämie, Gicht, Schilddrüsenunterfunktion/-überfunktion, Struma)?	nein	ja	5.	Nehmen Sie oder haben Sie in den letzten 5 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen zu sich genommen? Oder werden oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?	nein	ja
Abfragezeitraum 3 Jahre							
3.6	der blutbildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)?	nein	ja	6.	Waren Sie in den letzten 3 Jahren an mehr als 14 Kalendertagen ununterbrochen arbeitsunfähig, schulunfähig oder studierunfähig?	nein	ja
3.7	akute oder chronische Infektionen (z. B. Pfeiffersches Drüsenfieber, Hepatitis, Lyme-Borreliose, Malaria)?	nein	ja	7.	Liegen oder lagen innerhalb der letzten 3 Jahre weitere, noch nicht genannte behandlungsbedürftige Erkrankungen oder Beschwerden vor, wegen denen Sie in Behandlung, Beratung oder Untersuchung waren oder sind solche derzeit angeraten bzw. beabsichtigt?	nein	ja
3.8	der Psyche* (z. B. Suizidversuch, Persönlichkeitsstörung, Anpassungsstörung, Angststörung, Essstörung, ADS/ADHS, Burnout, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, psychosomatische Störungen)? <i>* Fragebogen Psyche notwendig</i>	nein	ja	Abfragezeitraum 12 Monate			
3.9	des Gehirns oder Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Kopfschmerzen/Migräne*, Lähmungen)? <i>* gleichnamiger Fragebogen notwendig</i>	nein	ja				



8. Bestehen oder bestanden bei Ihnen darüber hinaus nein ja
 in den letzten 12 Monaten wiederkehrende (mehr als zweimal im Jahr oder an mehr als 14 Kalendertagen) Beschwerden ohne Arztbesuch? Hierzu zählen z. B. Schwindel, Ohnmacht, Atemnot, wiederkehrender Schmerzzustand ungeklärter Ursache, depressive Episoden, Seh-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen.

Wenn eine der Gesundheitsfragen mit ja beantwortet wird, sind Angaben zu Art und Dauer der Erkrankung, Untersuchung, Behandlung, Ergebnis der Untersuchung bzw. Behandlung sowie die Arzt-/Heilbehandler-/Therapeuten-Anschrift erforderlich. Ausführliche Erläuterungen ersparen Rückfragen.

Zu Frage Nr.	Weswegen? Bitte geben Sie an: Art, Verlauf, Folge, z.B. der Krankheit, Verletzung, Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange? Ausgeheilt? Folgen noch vorhanden? AU-Zeiten?	Name und Vorname der behandelnden Ärzte, Therapeuten oder Heilbehandler, Bezeichnung der Krankenhäuser oder Kuranstalten mit Anschrift

Da der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreicht, wird ein gesondertes Blatt eingereicht, das vom Versicherungsnehmer und der zu versichernden Person unterschrieben ist.

Änderungsvorschlag statt Policierung mit abweichendem Versicherungsschein

Falls mein Antrag aus gesundheitlichen Gründen nur mit einer Erschwerung (z. B. Ausschlussklausel) angenommen werden kann, möchte ich einen Änderungsvorschlag erhalten. Diesen muss ich unterzeichnen und zurücksenden, sofern ich mit der Änderung einverstanden bin. Erst dann wird der Versicherungsschein erstellt.

Schweigepflichtenbindung für Erstellung eines Änderungsvorschlags für eine Grundfähigkeitsversicherung

Falls dieser Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung (BU-Antrag) von Swiss Life abgelehnt wird, bitte ich - sofern alle dazu erforderlichen Informationen bereits im Zusammenhang mit der BU- Antragsstellung vorliegen - um Zusendung eines Änderungsvorschlags für eine Grundfähigkeitsversicherung mit einer Grundfähigkeitsrente in Höhe der beantragten Berufsunfähigkeitsrente. Hierfür sollen die Daten und Angaben dieses BU-Antrags verwendet werden.

VII. C. Versicherung mit ärztlicher Untersuchung

Bei einer BU-Monatsrente von mehr als 2.500 Euro inkl. bestehender Versicherungen bei Swiss Life bzw. bei Einschluss einer Nachversicherungsgarantie*, wenn die Grenze für die Erhöhung der BU-Rente auf 4.000 Euro, bzw. auf max. 5.000 Euro monatlich im Rahmen der speziellen Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner angehoben werden soll.

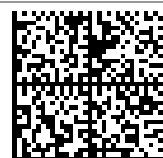
Sie können die ärztliche Untersuchung bei Ihrem Arzt durchführen lassen oder stattdessen den Service "M-Check direct" vom Medicals Direct Deutschland GmbH nutzen.

Ja, ich möchte den Service "M-Check direct" nutzen.

Füllen Sie bitte dazu die Erklärung zum M-Check direct aus und reichen sie zusammen mit dem Antrag ein. Im Anschluss wird sich Medicals Direct Deutschland GmbH wegen einer Terminvereinbarung bei Ihnen melden.

Nein, ich gehe zum Arzt meiner Wahl.

Die Untersuchung findet statt bei:



Ergänzende Informationen

Die nachstehenden Hinweise sind allgemeiner Art. Verbindlich ist der Inhalt des Versicherungsscheins.

Freiwillige Angaben

Die Angabe Ihrer Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail- oder Internetadresse ist für Sie freiwillig. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir bei Kenntnis dieser Angaben die Antragsbearbeitung bei Rückfragen zügiger durchführen können. Die Angaben unterliegen wie alle anderen Angaben der „Erklärung zur Schweigepflichtentbindung“.

Definition Raucher

Raucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss aktiv geraucht, gedamft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin konsumiert hat. Hierzu zählt zum Beispiel der Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen, Shishas (Wasserpfeifen) -jeweils auch in elektronischer Form-, oder der Konsum von Nikotin-Kaugummis sowie die Verwendung von Nikotinplastern.

Überschussbeteiligung

Berufsunfähigkeitsversicherung:

Vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:

Beitragsverrechnung oder Bonus

Nach Eintritt der Berufsunfähigkeit werden Überschüsse zur Bildung einer zusätzlichen, beitragsfreien und steigenden Berufsunfähigkeitsrente verwendet. Der Steigerungssatz wird jährlich neu festgelegt.

Die Höhe einer Überschussbeteiligung kann nicht garantiert werden. Insbesondere sind Anpassungen bei niedrigen Kapitalmarktzinsen, erhöhten Risiken (z. B. längere statistische Lebenserwartung, steigende Schadenquote) und steigenden Verwaltungskosten möglich.

Nachversicherungsgarantie

Die Nachversicherungsgarantie bis 2.500 Euro ist automatisch eingeschlossen. Erhöhungen der BU-Rente erfolgen, sofern die Summe aller bei Swiss Life bestehenden BU-Renten inkl. Bonus nach der Erhöhung 2.500 Euro monatlich nicht übersteigt. Soweit unsere Annahmerichtlinien eine niedrigere Höchstrente für den zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübten Beruf vorsehen, erfolgt eine Erhöhung nur bis zu diesem Betrag.

Die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie muss mindestens 100 Euro monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit betragen. Zum Erhöhungszeitpunkt findet eine wirtschaftliche Risikoprüfung und eine Einstufung mit dem dann ausgeübten Beruf statt.

Sofern Sie eine Erhöhung der monatlichen AKS-Rente auf max. 4.000 Euro, bzw. auf max. 5.000 Euro im Rahmen der speziellen Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner (Summe aller bei Swiss Life bestehenden BU-Renten inkl. Bonus nach der Erhöhung) wünschen, ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.

Karenzzeit

Ein erstmaliger Anspruch auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht mit dem Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Es ist keine Karenzzeit vereinbart (0 Monate).

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer bezeichnet den Zeitraum ab Versicherungsbeginn bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann. Sie bestimmt den Endtermin, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit Leistungsanspruch entstehen kann.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer beschreibt den Zeitraum ab Versicherungsbeginn, für den aus der Berufsunfähigkeitsversicherung bei Eintritt des Versicherungsfalls Leistungen längstens erbracht werden können, und definiert das Ablaufdatum der Leistungsdauer. Entsprechend verkürzt sich die Leistungsdauer im Zeitablauf.

Dynamik

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen – sofern vereinbart – erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. **Der Umfang der Erhöhung errechnet sich aus dem Erhöhungsbeitrag und u. a. dem dann erreichten Eintrittsalter.**

Die letzte Erhöhung erfolgt 6 Jahre vor Ende der Beitragszahlungsdauer.

Es werden bei

- **Volldynamik** die Versicherungsleistungen der Haupt- und Zusatzversicherungen,
- **Teildynamik** nur die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung und ggf. der Versicherungsumfang der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zur Beitragsbefreiung erhöht.

Die Erhöhung des Beitrags erfolgt bei

- **Form B** um einen festen Prozentsatz, der von 2 bis 5 % festgelegt werden kann.

Beitrag

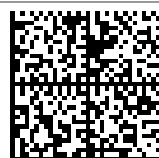
Der Inkassobeitrag ist der um verrechnete Überschussanteile (siehe Hinweise bei Überschussbeteiligung) verminderte Tarifbeitrag. Bei

Verringerung der Überschussanteile erhöht sich der zzt. zu zahlende Beitrag. Bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung kann ein Zinsausgleich gefordert werden.

Rechtmäßige Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ihre personenbezogenen Daten (ohne Telekommunikationsdaten) können wir auch ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung Ihnen gegenüber rechtmäßig zur Werbung für eigene Versicherungsprodukte der Unternehmen des Swiss Life Konzernverbands sowie zur Markt- und Meinungsforschung zu unserem Unternehmen verwenden.

Dieser Verwendung Ihrer Daten können Sie jederzeit formlos widersprechen.



Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch Swiss Life Deutschland (nachfolgend Swiss Life genannt) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland
85746 Garching b. München
Telefon +49 89 38109-0, Fax +49 89 38109-4405
E-Mail-Adresse datenschutz@swisslife.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** von Swiss Life erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@swisslife.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.gdv.de (<http://www.gdv.de/datenschutzkodex>) abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Swiss Life-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein und befragen beispielsweise Ihre behandelnden Ärzte. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte, für Konsortialprodukte (MetallRente, KlinikRente, AKS Flex) und für andere Produkte der Unternehmen der Swiss Life-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang bzw. nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser hier www.munichre.com (<https://www.munichre.com/de/service/privacy-statement/index.html>), www.es-rueck.de (<https://www.es-rueck.de/datenschutz-es>), www.swissre.com (http://www.swissre.com/privacy_policy.html) bzw. www.newre.com (<http://www.newre.com/en/privacy-statement>) zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht auf unserer Internetseite unter <http://www.swisslife.de/datenschutz> entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist



von drei oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 606
91511 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der Creditreform-Auskunftei Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Geldwäsche und Terrorismusbekämpfung

Zur Sicherstellung der gesetzlich geforderten Prävention von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung werden Ihre Daten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden übermittelt. Dort werden Ihre Daten, wie vom Gesetzgeber verlangt, gegen Compiancelisten (PEP-Listen, Sanktionslisten, Watchlists & Black Lists) abgeglichen. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung durch die SCHUFA erhalten Sie unter www.schufa.de/datenschutz. Dort finden Sie gemäß der SCHUFA alle nach Artikel 14 DSGVO notwendigen Informationen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Im Zuge unseres Internetauftritts übermitteln wir Daten in die Schweiz.

Nach Art. 25 Abs. 6 EU-DSRL wurde seitens der EU-Kommission für die Schweiz ein angemessenes Datenschutzniveau verbindlich festgestellt.

Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie hier (Dienstleister-Liste – <http://www.swisslife.de/datenschutz>). Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen.



Schlussklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

(bitte sorgfältig lesen)

A. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis gelten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- eine Widerrufsbelehrung (erfolgt im Versicherungsschein),
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in §1 und §2 VVG-InfoV aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Swiss Life AG
Niederlassung für Deutschland
Zeppelinstraße 1
85748 Garching b. München
Fax: + 49 89 38109-4405
E-Mail: info@swisslife.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe des für ein volles Versicherungsjahr zu zahlenden Beitrags

geteilt durch 360 und multipliziert mit der Anzahl der Tage, bis der Widerruf beim Versicherer eingeht. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und die gezogenen Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

B. Antragsdurchschrift

Eine Antragskopie ist mir nach dessen Unterzeichnung sofort auszuhändigen.

C. Versicherungsbedingungen

Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch. Haben Sie einen Antrag auf Abschluss einer Risikoversicherung gestellt, werden die Versicherungsbedingungen und Produktinformationen bei Antragstellung ausgehändigt.

Der vorläufige Versicherungsschutz wird im Rahmen der bei Swiss Life geltenden Bedingungen gewährt; Voraussetzung ist u. a., dass der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt.

D. Zustimmung zum Beginn des Versicherungsschutzes

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Wichtiger Hinweis!

Ihre Beiträge sind gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz von der Versicherungsteuer befreit. Vermittler für Swiss Life sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben und Beiträge anzunehmen. Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Kunden im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Möglichkeit der Beschwerde

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies einmal nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Daneben ist Swiss Life Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Damit ist ein besonderer Service eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten.

Das Verfahren ist für Sie kostenfrei:
Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin,
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sicherungsfonds

Swiss Life ist Mitglied im Sicherungsfonds.



Übersicht der Dienstleister von Swiss Life

Anlage zu den Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen – Stand: 01.04.2022

Die ausführliche und aktuelle Liste mit den namentlich benannten Dienstleistern finden Sie unter: www.swisslife.de/datenschutz

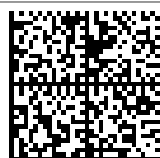
Konzerngesellschaften, die an einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe teilnehmen:

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland	Swiss Life Invest GmbH
SLP Swiss Life Partner Vertriebs GmbH & Co. KG	Swiss Life Partner Service- und Finanzvermittlungs GmbH
SLPM Schweizer Leben PensionsManagement GmbH	Swiss Life Pensionsfonds Aktiengesellschaft
Swiss Life AG, CH	Swiss Life Pensionskasse Aktiengesellschaft
Swiss Life Asset Management GmbH	Swiss Life Products (Luxembourg) S.A., Niederlassung für Deutschland
Swiss Life Deutschland Holding GmbH	Swiss Life Service GmbH
Swiss Life Deutschland Operations GmbH	Swiss Life Vermittlungs GmbH
Swiss Life Deutschland Vertriebsservice GmbH	Verwaltung SLP Swiss Life Partner Vertriebs GmbH
Swiss Life Holding AG, CH	

Kategorien von Dienstleistern, die Datenverarbeitung für Swiss Life erbringen:

Kategorien	Übertragene Aufgaben
Adressermittler	Adressprüfung
Archivierung	Lagerung von Akten
Assisteure	Assistance-Leistungen
Auskunfteien	- Bonitätsauskünfte - Embargo- und Sanktionslistenabfrage
Detekteien	Existenznachweis, Recherche von Mandanten und weitere Dienstleistungen
Druckereien/Lettershops	- Postsendungen/Newsletter (E-Mail) - Erstellung von Drucksachen
Entsorgung	- Abfallbeseitigung - Entsorgung und Recycling - Papierentsorgung
Gutachter/medizinische Experten/ Berater und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater)	- Erstellung von Gutachten - Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten - Antrags-/Leistungs-/Regressprüfung/Beratung
Inkassounternehmen	Forderungsbearbeitung
IT-Dienstleister	- Netzwerk- und Rechenzentrums-Dienstleistungen - Kommunikations-Dienstleistungen und andere Services - Wartung/Betrieb/Entwicklung - Systeme/Anwendungen/Onlineservices
Kurierdienste	Erbringung von Kurierdienstleistungen und Postdienstleistung
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen
Marktforschungs- und Ratingagenturen	- Marktforschung - Kundenzufriedenheitsanalyse - Unternehmensrating
Posteingang	Posteingangs- und Scan-Dienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien, Notare und Steuerkanzlei	Forderungseinzug und -abwehr - Geltendmachung von Rechten - Erbringung von Dienstleistungen - Prozessführung - Außergerichtliche und gerichtliche Vertretung - Erstellen von Jahresabschlüssen und Bearbeitung von Steuerangelegenheiten
Rehabilitationsdienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen	- Erbringung von Assistance-Leistungen - Rehabilitationsmanagement
Rückversicherer	- Erstellung von Gutachten für die Neuantrags- und Leistungsprüfung - Risikoeinschätzung (Neuanträge, Vertragsänderungen) - Monitoring
SCHUFA Holding AG	- Geldwäscheprävention - Prävention zur Terrorismusfinanzierung
Service-Gesellschaften	Leistungs- und Bestandsbearbeitung im Massengeschäft (technische Versicherungen)
Treuhänder	Erfüllung gesetzlicher Pflichten
Unternehmensberater	Beratung
Vermittler	- Antrags-, Leistungs- und Schadenbearbeitung - Beratung
Vertragsverwaltung/Telefonischer Kundendienst	- Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Antrags-, Vertrags- und





Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen wurden in 2011 auf Grundlage der Abstimmung des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) mit den Datenschutzaufsichtsbehörden erstellt und inhaltlich abgestimmt.

Die nachfolgenden Erklärungen gelten für Verträge mit der Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, 85746 Garching b. München, (nachfolgend Swiss Life genannt):

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt Swiss Life daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt Swiss Life Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt Swiss Life Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Den Widerruf können Sie uns in Textform senden, per Fax an +49 89 38109-4405, per E-Mail an datenschutz@swisslife.de oder per Post an Swiss Life AG, Zeppelinstrasse 1, 85748 Garching b. München.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch Swiss Life selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb von Swiss Life (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch Swiss Life

Ich willige ein, dass Swiss Life die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass Swiss Life die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Swiss Life benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen.

Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass Swiss Life – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Antragstellung an Swiss Life übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Swiss Life an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für Swiss Life tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

Ich wünsche, dass mich Swiss Life in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch Swiss Life einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an Swiss Life einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Swiss Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärung für den Fall, dass dieser Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung von Swiss Life abgelehnt wird

Ich erkläre ausdrücklich, sofern ich obenstehend den Wunsch auf Zusendung eines Änderungsvorschlags für eine Grundfähigkeitsversicherung geäußert habe, dass meine Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten sowie meine Schweigepflichtentbindungserklärung auch für den Änderungsvorschlag sowie das Zustandekommen eines Vertrags für eine Grundfähigkeitsversicherung gilt.

2.3. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss für Swiss Life konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein



wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb Swiss Life

Swiss Life verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Swiss Life benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an Swiss Life zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für Swiss Life tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Swiss Life führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Swiss Life Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt Swiss Life Ihre Schweigepflichtbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Swiss Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für Swiss Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Ein Auszug ist als Anlage der Einwilligungserklärung* angefügt. Die vollständige Liste kann im Internet unter www.swisslife.de/datenschutz eingesehen oder bei Swiss Life angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt Swiss Life Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie Swiss Life dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Swiss Life Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann Swiss Life Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass Swiss Life Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung Swiss Life aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob Swiss Life das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch Swiss Life unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für Swiss Life tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Swiss Life gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert Swiss Life Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Swiss Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei Swiss Life bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass Swiss Life meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.



VIII. Unterschriften Versicherungsnehmer/Versicherte Person

Bitte lesen Sie den gesamten Antrag sehr sorgfältig. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie ihn zum Inhalt Ihrer Erklärung.

Ort _____ Datum _____ Versicherungsnehmer _____

Ort _____ Datum _____ zu versichernde Person (wenn nicht Versicherungsnehmer) _____

IX. Unterschrift SEPA-Lastschriftmandaterteilung für das Konto des Beitragszahlers bis auf Widerruf

Ich ermächtige die Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen genannten Zahlungsdienstleister an, die von Swiss Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Ort _____ Datum _____ Kontoinhaber _____

X. Unterschrift Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, die Vertragsbestimmungen gemäß des Ausdrucks „Übersicht der Vertragsbestimmungen“ vor Antragstellung erhalten zu haben, insbesondere das IPID, die vorvertraglichen Informationen sowie die Versicherungsbedingungen.

Ort _____ Datum _____ Versicherungsnehmer _____

XI. Einwilligung in die Kontaktaufnahme zu Werbezwecken sowie zur Markt- und Meinungsforschung

Ich willige ein, dass Unternehmen des Swiss Life Konzernverbands (Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, Swiss Life Pensionskasse AG, Swiss Life Pensionsfonds AG, Schweizer Leben PensionsManagement GmbH, Swiss Life Service GmbH, Swiss Life Partner Service und Finanzvermittlung GmbH) oder von denen beauftragte Dritte mich zukünftig per

Telefon SMS E-Mail _____ (Bitte auswählen)

zum Zweck der Werbung für eigene Versicherungsprodukte der Unternehmen des Swiss Life Konzernverbands sowie zur Markt- und Meinungsforschung kontaktieren und meine Kontaktdaten aus diesem Antrag zu diesen Zwecken speichern und nutzen dürfen.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft ohne Auswirkung auf den Vertrag formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Der Widerruf ist zu richten an:

Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, Zeppelinstraße 1, 85748 Garching b.München, Telefon: +49 89 38109-0, Fax: +49 89 38109-44 05, E-Mail: info@swisslife.de

Ort _____ Datum _____ Versicherungsnehmer _____

XII. Unterschrift Vermittler

Der Antrag wurde **unverändert** nach den Angaben des Kunden zu den Risikofragen von mir persönlich ausgefüllt.

Die Risikofragen hat der Kunde selbst gelesen und ausgefüllt.

Der Antrag ist in meiner Gegenwart unterschrieben worden.

Ich bestätige, dass der Antragsteller zum Zielmarkt passt.



Ort

Datum

Vermittler

Anlagen: Anzahl der Fragebögen

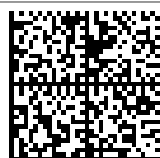
Sonstige Anlagen: Welche?

Policenversand

Original

1. Kopie

2. Kopie



Allgemeine Bedingungen

für Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung,
gegebenenfalls mit zusätzlicher Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit

Swiss Life SBU
Swiss Life SBU *plus*
Swiss Life SBU 4U
Swiss Life SBU 4U *plus*

Stand: 10.2022 (AVB_EV_SBU_2022_10)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Wird die Versicherte Person berufsunfähig, dann zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente aus. Wird der Versicherungsnehmer berufsunfähig, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel L dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

A Wie funktioniert Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung?

Sie können bei Abschluss des Vertrags die Höhe der versicherten Rente bei Berufsunfähigkeit und die Vertragslaufzeit im Rahmen unserer geltenden Richtlinien individuell wählen.

Sie haben dabei die Wahl aus verschiedenen Systemen der Überschussverwendung. Ihre konkret getroffene Vereinbarung können Sie den vorvertraglichen Informationen sowie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Im Falle einer Berufsunfähigkeit zahlen wir die vereinbarte Rente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf Ihres Vertrags. Die genauen Regelungen, wann Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Kapitel E nachlesen.

Optional können Sie sich zusätzlich gegen die Risiken einer Arbeitsunfähigkeit während der Vertragslaufzeit absichern. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer ein, erbringen wir die bei Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente für bis zu 24 Monate, ohne dass Sie hierfür bereits einen Antrag auf Berufsunfähigkeit stellen müssen (siehe 12.3).

Ein weiterer Vorteil: Bis zum Vertragsablauf ist Ihre Arbeitskraftabsicherung flexibel und Sie können auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen reagieren:

- **Nachversicherungsgarantie:** Bei bestimmten Ereignissen können Sie Ihre vereinbarte Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (siehe Kapitel I).
- **Stufentarif:** Für Auszubildende, Studenten und Berufseinsteiger bieten wir unsere selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit ermäßigtem Anfangsbeitrag an – und das bei vollem Risikoschutz (siehe Abschnitt 30).
- **Zahlungsschwierigkeiten:** Egal in welcher Lebensphase Sie sich befinden, Swiss Life bietet Ihnen umfangreiche Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (siehe Kapitel D).

Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung?.....	2	8.5	BUprotect	11
B	Unser Vertragsschluss	6	E	Unsere Leistungen und	12
1	Wer ist Ihr Vertragspartner? Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?.....	6	9	Wann liegt eine Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwere Krankheit vor?.....	12
2	Wann beginnt der Versicherungsschutz? .	6	9.1	Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?	12
3	Wann endet der Versicherungsschutz?.....	6	9.2	Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten.....	13
C	Beiträge und Kosten	6	9.3	Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten.....	14
4	Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?.....	6	9.4	Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit	15
4.1	Zahlungsweise	6	9.5	Wann liegt Arbeitsunfähigkeit vor?	17
4.2	Erstbeitrag.....	6	9.6	Wann liegt eine schwere Krankheit vor?... ..	18
4.3	Folgebeiträge	7	9.7	Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte	19
5	Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	7	10	Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?.....	20
5.1	Erstbeitrag.....	7	10.1	Wann verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation?.....	20
5.2	Folgebeitrag	7	11	Welche Kriterien gelten bei einem Berufswechsel, bei Unterbrechung der Berufstätigkeit oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben?	20
6	Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen? ..	8	12	Welche Leistungen erbringen wir und wie werden diese berechnet?.....	21
7	Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?.....	8	12.1	Rauchverhalten - Raucherstatus	21
7.1	Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart.....	8	12.2	Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.....	21
7.2	Höhe der anfallenden Kosten	8	12.3	Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart)	22
7.3	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung.....	8	12.4	Leistungen wegen schwerer Krankheit.....	23
7.4	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	8	12.5	Leistungen wegen voller Erwerbsminderung	24
7.5	Angemessenheit des Abzugs	9	12.6	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?.....	25
7.6	Sonstige Kosten	9	12.7	Rechnungsgrundlagen	25
D	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten.....	10	12.8	Sonstige Regelungen.....	26
8	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?.....	10	13	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	26
8.1	Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?	10	14	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?.....	26
8.2	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	10	15	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? .	27
8.3	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	10			
8.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten	11			

16	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten...	28
16.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit verlangen?.....	28
16.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	30
16.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?.....	33
16.4	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?.....	33
16.5	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?.....	33
F	Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven.....	33
17	Was ist eine Überschussbeteiligung?	33
17.1	Beteiligung an dem Überschuss	33
17.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven... ..	34
18	Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?.....	35
18.1	Beitragsverrechnung	35
18.2	Bonusrente.....	35
19	Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?.....	35
20	Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	36
21	Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	36
22	Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren? ..	36
G	Auszahlung von Leistungen.....	37
23	Ab wann zahlen wir Leistungen aus?.....	37
23.1	Wann erhalten Sie keine Leistungen mehr?	37
24	An wen zahlen wir Leistungen aus?	37
H	Unser Vertragsverhältnis.....	38
25	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	38
26	Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?.....	38
26.1	Recht und Vertragssprache.....	38
26.2	Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?	38
26.3	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?.....	38
27	Wo können Sie sich beschweren?	39
27.1	Schlichtungsstelle	39
27.2	Aufsichtsbehörden	39
27.3	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	39
28	Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?.....	40
28.1	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	40
29	Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Versicherung um eine Kapitalbildung ergänzen bzw. umwandeln? ..	40
30	Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?.....	41
30.1	Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?.....	41
30.2	Vertragsänderungen und Einschränkungen	41
30.3	Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?	41
31	Welche Besonderheiten gelten für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung?	42
31.1	Wer erhält die Versicherungsleistung?	42
31.2	Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung	42
31.3	Welche Besonderheiten gelten für die Beitragsfreistellung?	43
31.4	Welche Besonderheiten gelten für die Kündigung?	43
31.5	Was gilt nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses?.....	43
31.6	Welche Einschränkungen gelten in der betrieblichen Altersversorgung?.....	44
31.7	Gesellschafter-Geschäftsführer Option bei einer Direktversicherung	44

I	Nachversicherungsgarantien	45	K	Kündigung des Vertrags	50
32	Welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?	45	36	Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?.....	50
33	Spezielle Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner.....	48	37	Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?	50
34	Optionale Erweiterungen.....	49	L	Erläuterung wichtiger Begriffe.....	51
J	Verlängerungsgarantie	49	M	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch... 	54
35	Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?.....	49			

B Unser Vertragsschluss

1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?

Wir sind die Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, und gehören zur Swiss Life Gruppe, dem größten Schweizer Lebensversicherer. Sie werden unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer.

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten.

2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten. Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages.

Hinweis: Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Lesen Sie dazu 5.1.

3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit dem Ablaufdatum der Versicherungsdauer.

C Beiträge und Kosten

4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

4.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Sie können auch einen einmaligen Beitrag zahlen. Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

4.2 Erstbeitrag

Sie müssen Ihren Erstbeitrag oder einmaligen Beitrag sofort zahlen, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Sie müssen den Erstbeitrag jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist.

Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Im Lastschriftverfahren gilt Ihr Beitrag als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

4.3 Folgebeiträge

Alle folgenden Beiträge müssen Sie zu Beginn des vereinbarten Zahlungsabschnitts zahlen. Sie können die Beiträge im Lastschriftverfahren zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die fehlenden Beiträge von unseren Leistungen ab. Wir dürfen verlangen, dass Sie die Beiträge auf andere Weise als im Lastschriftverfahren zahlen, wenn

- wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten und
- Sie diese Vorfälle zu vertreten haben.

Alternativ können Sie Ihre Beiträge auch überweisen.

5 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

5.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Haben Sie Ihren Erstbeitrag noch nicht gezahlt und der Versicherungsfall tritt ein, erbringen wir keine Leistung, sofern wir Sie auf diese Rechtsfolge

- durch eine Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen schriftlichen Hinweis im Versicherungsschein

vorab aufmerksam gemacht haben. Haben Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten, erbringen wir dennoch die Leistung. Dies müssen Sie uns nachweisen.

5.2 Folgebeitrag

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, schicken wir Ihnen eine Mahnung. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:

- Wir kündigen den Vertrag.
- Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt 8) oder er entfällt ohne Rückkaufswert (siehe Abschnitt 35), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.

Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

Sie können mit uns vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr automatisch erhöhen. Dies nennen wir dynamische Erhöhung oder Dynamik. Lesen Sie dazu unsere Bedingungen für die Dynamik (Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung).

7 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?

Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 7.1 verfahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

7.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge

nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

7.2 Höhe der anfallenden Kosten

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Kosten für die laufende Verwaltung zu Ihrem Vertrag sind in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert.

7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung ein Abzug erfolgt.

Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie finden die Werte jeweils unter der Überschrift „Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung“.

7.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen.

Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser neue Vertrag an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei einer Beitragsfreistellung gehen diese zukünftig eingeplanten Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren. Deshalb müssen diese Mittel im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherten Personen mit einem hohen Risiko und Versicherten Personen mit einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Gleiches gilt bei Beitragsfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

7.5 Angemessenheit des Abzugs

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass

der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

7.6 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir zusätzliche Kosten.

Diese Kosten betragen bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto zehn Euro.
- Bei Beitragszahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von drei Euro.

Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden (z. B. für Lastschrift Rückläufer, Finanztransaktionskosten/-abgaben, Steuern) belasten wir Ihnen ebenfalls. Wir behalten uns vor, diese Kosten auch ohne Einzelnachweis pauschal geltend zu machen.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, setzen wir sie entsprechend herab.

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Wege, um Ihre Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken:

- Beiträge senken (Beitragssenkung, siehe 8.1)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 8.1)
- Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung, siehe 8.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (siehe 8.4)
- Besonderheiten bei längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical), Mutterschutz/Elternzeit, Arbeitslosigkeit und Weiterbildung in Vollzeit (siehe 8.5).

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir gemeinsam eine Lösung für Sie finden können.

8 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

8.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen. Dies nennen wir Beitragssenkung bzw. Beitragsfreistellung. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum senken oder einstellen (siehe auch 8.4). Sie müssen uns Ihren Wunsch in Textform mitteilen.

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und es wird keine Leistung fällig.

8.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente. Die garantierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den in 7.3 beschriebenen Abzug. Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für Ihren Vertrag gelten.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

8.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Wenn Sie einen ganz oder teilweise beitragsfrei gestellten oder erloschenen Vertrag wieder in Kraft setzen möchten, haben wir das Recht, eine wirtschaftliche und medizinische Risikoprüfung durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine erneute Risikoprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

8.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

Sie können für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten eine Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- Der Vertrag weist ein ausreichend hohes Deckungskapital auf; d. h., es muss mindestens dem Gegenwert der zu stundenden Beiträge entsprechen.

Hierfür erheben wir keine Stundungszinsen. Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- in einem Beitrag entrichten,
- in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen,
- durch Erhöhung der laufenden Beiträge verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist,
- durch Reduzierung der versicherten Leistungen verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

Falls Sie eine Erhöhung der laufenden Beiträge oder eine Reduzierung der versicherten Leistungen wünschen, erhalten Sie von uns ein entsprechendes Angebot.

Befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, für bis zu 18 Monate die Beitragszahlung ganz oder teilweise einzustellen. Das nennen wir befristete Beitragsfreistellung. Voraussetzung hierfür ist, dass die reduzierte oder beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich beträgt.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Risikoprüfung fort.

Sie können die beitragsfrei gestellte Zeit bei Wiederinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Nachzahlung der Beiträge unter Einrechnung entgangener Zinserträge ausgleichen. Wenn Sie die beitragsfrei gestellte Zeit nicht ausgleichen, sondern den ursprünglich vereinbarten Beitrag weiterhin zahlen, verringern sich die Leistungen entsprechend den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifikalkulation Ihres Vertrags.

Die für den beitragsfrei gestellten Teil maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

8.5 BUprotect

Bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit z. B. zum Meister, Fachwirt (Bachelor Professional), Techniker, IHK-geprüfter Betriebswirt (Master Professional), im Rahmen des Mutterschutzes, der Elternzeit und bei längerer beruflicher Auszeit, in der Ihr Arbeitsvertrag weiter besteht (Sabbatical), haben Sie die Möglichkeit, temporär Ihren Beitrag auf fünf Euro pro Monat zu reduzieren. Den Zeitraum der Beitragsreduktion nennen wir BUprotect. Werden Sie in dieser Zeit berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen erhalten Sie – unter Berücksichtigung der vereinbarten Karenzzeit – während der Dauer der Berufsunfähigkeit 70 Prozent der zuletzt vor BUprotect versicherten BU-Rente. Eine vereinbarte Dynamik oder eine garantierte Leistungssteigerung ruht während dieses Zeitraums. Eventuell bestehende Zusatzversicherungen und Optionen werden für den Zeitraum von BUprotect ausgeschlossen. Diese werden nach Ablauf von BUprotect wieder eingeschlossen.

Der BUprotect-Zeitraum beträgt – unter den im Folgenden genannten Voraussetzungen – garantiert sechs Monate.

Sofern Ihr Vertrag über ein ausreichend hohes Deckungskapital verfügt, können Sie BUprotect für bis zu 36 Monate beantragen. Bei der ersten Beantragung von BUprotect ermitteln wir den für Ihren Vertrag maximal möglichen Zeitraum. Dieser gilt dann für die gesamte Vertragslaufzeit. Sie können den ermittelten maximalen Zeitraum auch in mehrere Zeiträume aufteilen, wobei jeder Zeitraum mindestens sechs Monate betragen muss. Sollte bei erneuter Inanspruchnahme von BUprotect nur noch ein Zeitraum von weniger als sechs Monaten zur Verfügung stehen, können Sie auch diesen Zeitraum in Anspruch nehmen.

Voraussetzungen für BUprotect:

- Sie erbringen einen Nachweis über das Vorliegen von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Weiterbildung in Vollzeit, Mutterschutz, Elternzeit oder längerer beruflicher Auszeit mit bestehendem Arbeitsvertrag (Sabbatical).
- Sie befanden sich unmittelbar vor Arbeitslosigkeit in einem Arbeitsverhältnis von mindestens einem Jahr.
- Ihr Vertrag besteht beitragspflichtig seit mindestens einem Jahr.
- Bei einem Vertrag mit Stufentarif müssen mindestens drei Jahre seit Beginn der Beitragsstufe 2 vergangen sein. Während der Dauer der Beitragsstufe 1 ist BUprotect nicht möglich.
- Die restliche Versicherungsdauer beträgt noch mindestens 15 Jahre.
- Die Versicherungsdauer ist mindestens bis zum Alter 62 vereinbart und Sie waren bei Vertragsabschluss nicht älter als 35 Jahre.

Unter den o.g. Voraussetzungen räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch auf BUprotect ein. Bei einer kürzeren Versicherungsdauer oder einem höheren Eintrittsalter erfolgt eine individuelle Prüfung des maximal möglichen Zeitraums von

BUprotect, einen Rechtsanspruch darauf können wir Ihnen jedoch nicht einräumen.

Nach Ablauf dieser temporären Beitrags- und Leistungsreduktion im Rahmen von BUprotect wird Ihr Vertrag mit dem Beitrag weitergeführt, den Sie zuletzt vor Ausübung von BUprotect gezahlt haben. Die Leistung reduziert sich dabei nach versicherungsmathematischen Grundsätzen gegenüber der Leistung vor BUprotect. Bereits bei Bewilligung von BUprotect erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. In diesem dokumentieren wir den Beitrag und die Leistungen während BUprotect, das Ablaufdatum von BUprotect und den Beitrag und die Leistungen nach Ablauf von BUprotect.

Sie können Ihren Vertrag auch mit dem Leistungsumfang fortführen, der zuletzt vor Ausübung von BUprotect bestand. Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Sollten Sie die Fortführung Ihres Vertrags mit diesen Leistungen wünschen, teilen Sie uns dies bitte vier Wochen vor Ablauf der BUprotect-Phase in Textform mit. Wir erstellen Ihnen dann einen entsprechenden Vorschlag. Wenn Sie diesen annehmen, erstellen wir einen Nachtrag zum Versicherungsschein. Auf eine erneute gesundheitliche und wirtschaftliche Risikoprüfung verzichten wir dabei. Die Weiterführung des Vertrags mit den Leistungen, die zuletzt vor Ausübung von BUprotect bestanden, setzt voraus, dass während BUprotect keine Berufsunfähigkeit eingetreten ist bzw. keine Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt worden sind.

E Unsere Leistungen und Einschränkungen

9 Wann liegt eine Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwere Krankheit vor?

9.1 Wann liegt Berufsunfähigkeit vor?

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich

nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben. In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums vor.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Wir verweisen nicht auf eine andere Tätigkeit, es sei denn, die Versicherte Person übt eine berufliche Tätigkeit konkret aus, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist. Dies ist der Fall, wenn diese Tätigkeit aufgrund der Gesundheitsverhältnisse zumutbar ist und im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen beruflichen Tätigkeit entspricht.

Unter der bisherigen Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht zu verstehen, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat. Die dabei für die Versicherte Person zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte GröÙe im Vergleich zum Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 Prozent.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret ausübt, die mit der bisherigen beruflichen Tätigkeit vergleichbar ist.

War die Versicherte Person zuletzt vor Eintritt des Leistungsfalls als Humanmediziner, Zahnarzt, Apotheker oder Psychotherapeut tätig und übt sie nach Eintritt des Leistungsfalls eine Tätigkeit aus, die nicht mit der vor Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit vergleichbar ist, so liegt auch

weiterhin Berufsunfähigkeit vor. Eine Vergleichbarkeit besteht insbesondere dann nicht, wenn die nach Eintritt des Leistungsfalls ausgeübte Tätigkeit keine humanmedizinischen, zahnärztlichen, pharmazeutischen oder psychotherapeutischen Fähigkeiten und Kenntnisse erfordert.

9.2 Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn von einer zuständigen Behörde ein teilweises oder vollständiges berufliches Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz (IfSG) für sechs Monate ununterbrochen bestanden hat oder für sechs Monate ununterbrochen verfügt wird. Das verfügte Tätigkeitsverbot muss dabei zu einem Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent führen (Berufsunfähigkeit durch Infektionskrankheiten).

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn bei der Versicherten Person eine ärztlich festgestellte Infektion vorliegt, die die Fähigkeit zur Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit einschränkt und durch den Hygieneplan eines staatlich anerkannten Hygienikers belegt wird, dass von der Versicherten Person eine Infektionsgefahr ausgeht. Dabei muss die Versicherte Person gegenüber dem Zustand vor Eintritt der Infektionsgefahr zu mindestens 50 Prozent in ihrer Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit eingeschränkt sein und sie darf diese auch nicht ausüben.

Der Hygieneplan muss darlegen, welche Tätigkeiten der Versicherten Person in welchem Umfang durch die Infektionsgefahr eingeschränkt werden. Die Einschränkung in der Fähigkeit zur Berufsausübung muss mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden haben oder für voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bestehen. Der Hygieneplan ist uns im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen, wenn aufgrund eines Hygieneplans Leistungen geltend gemacht werden.

Berufsunfähigkeit liegt nicht oder nicht mehr vor, wenn die Versicherte Person eine andere Tätigkeit tatsächlich ausübt, die im Hinblick auf die Ausbildung und Erfahrung sowie Lebensstellung der bisherigen Tätigkeit entspricht.

Die Prüfung der Berufsunfähigkeit infolge eines beruflichen Tätigkeitsverbots erfolgt ausschließlich auf Grundlage des IfSG in der Fassung vom 01.01.2001.

Die Versicherte Person muss das berufliche Tätigkeitsverbot durch Vorlage der Verfügung im Original oder einer amtlich beglaubigten Kopie nachweisen.

9.3 Kriterien für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit bei Schülern, Auszubildenden und Studenten

Berufsunfähigkeit während der Schulausbildung

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Pflegebedürftigkeit, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, als Schüler an ihrem bisherigen Schulunterricht an einer allgemeinbildenden Schule teilzunehmen. In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums vor.

Bei der Beurteilung, ob die Versicherte Person außerstande ist, an ihrem bisherigen Schulunterricht teilzunehmen, berücksichtigen wir insbesondere die Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit, die Fähigkeit zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation sowie die Fähigkeit zur Bewältigung der Hausaufgaben. Eine abstrakte Verweisung auf eine andere Schulform erfolgt nicht.

Nimmt die Versicherte Person zwar an ihrem bisherigen Schulunterricht weiter teil, kann dies aber für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nur mit sonderpädagogischer Förderung oder besucht für mindestens diesen

Zeitraum eine Förderschule, liegt ebenfalls Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit als Schüler erbringen wir, solange die Voraussetzungen – wie definiert – fortbestehen und die Versicherte Person keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit während der Berufsausbildung

Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen, und auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums

Während eines Vollzeitstudiums liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung, Pflegebedürftigkeit oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen, und auch kein ande-

res Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

Wir erbringen die versicherte Leistung, wenn ein Berufsunfähigkeitsgrad von mindestens 50 Prozent besteht. Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit werden keine Leistungen fällig.

9.4 Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit wird bei Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person angenommen. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 (siehe 9.4.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 9.4.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 9.4.3) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bettlägerigkeit (siehe 9.4.4) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bewahrung (siehe 9.4.5).

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

9.4.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind pflegfachlich begründete Kriterien in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der oben genannten Bereiche berücksichtigt.

Gemäß § 15 SGB XI wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsverfahrens ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Hierbei werden den einzelnen Kriterien der sechs genannten Bereiche pflegfachlich fundierte

Einzelpunkte zugeordnet. Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert und einem festgelegten Punktebereich zugeordnet. Jedem Punktebereich entsprechen festgelegte gewichtete Punkte. Aus den gewichteten Punkten aller Module werden durch Addition die Gesamtpunkte ermittelt. Die Zuordnung der Einzelpunkte zu Punktebereichen erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den pflegefachlich begründeten Kriterien, der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

9.4.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der nachstehend genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt.

Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden können.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

9.4.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nachfolgenden Kriterien stellt:

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als vier der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

9.4.4 Pflegebedürftigkeit aufgrund Bettlägerigkeit

Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bettlägerigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person bettlägerig und nicht mehr in der Lage ist ohne fremde Hilfe aufzustehen. Der Zustand muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben.

9.4.5 Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bewahrung

Pflegebedürftigkeit aufgrund von Bewahrung liegt vor, wenn die Versicherte Person aufgrund einer seelischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung, sich oder andere gefährdet und dadurch ständig, bei Tag und Nacht, beaufsichtigt werden muss (Bewahrung). Die medizinische Notwendigkeit der Bewahrung ist uns anhand von Facharztberichten oder Gutachten nachzuweisen. Der Zustand muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder mindestens sechs Monate bestanden haben.

9.5 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit vor?

Sie können mit uns gegen Mehrbeitrag vereinbaren, dass wir Leistungen nicht nur wegen Berufsunfähigkeit erbringen, sondern auch bei einer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person (nicht möglich in der betrieblichen Altersversorgung).

Bitte beachten Sie, dass Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (gemäß 9.5), Berufsunfähigkeit (gemäß 9.1) und schwerer Krankheit (gemäß 9.6) nicht gleichzeitig bezogen werden können.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn

- zum Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen eine ärztlich bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens vier Monate ununterbrochen bestanden hat und zugleich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens bis zum

Ablauf eines insgesamt sechsmonatigen Zeitraums attestiert wird,

- eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits mindestens sechs Monate ununterbrochen bestanden hat und ärztlich attestiert wird.

Arbeitsversuche im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung gemäß § 74 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) stellen keine Unterbrechung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

9.6 Wann liegt eine schwere Krankheit vor?

Eine schwere Krankheit liegt ausschließlich in den nachfolgend aufgezählten Fällen vor. Die schwere Krankheit muss zu nachweisbaren physischen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Der Nachweis muss durch eine fachärztliche Diagnose der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren erfolgen. Daraus entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein solider Tumor durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist. Die Diagnose muss durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Versicherungsschutz besteht nur, wenn

- ein Tumor mit Lymphknoten- und Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Morbus Hodgkin oder
- maligne (bösartige) Lymphome

nachgewiesen werden.

Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge

unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verengung oder Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Infarkt handeln, der sich mit den zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden kardiologischen bzw. medizinischen Nachweisverfahren eindeutig belegen lässt. Dabei muss die Diagnose durch die folgenden Kriterien gesichert sein: Typische Brustschmerzen, Erhöhung der herzmuskel-spezifischen Laborwerte (Enzyme), neu aufgetretene und für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen sowie eine durch bildgebende Verfahren nachgewiesene Minderung der Ejektionsfraktion (EF) auf einen Wert kleiner 35 Prozent.

Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Hirnfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) im Sinne dieser Bedingungen ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, verursacht durch eine akute Minderdurchblutung des Gehirns oder eine Hirnblutung mit der Folge des irreversiblen Absterbens von Gehirnzellen und den daraus resultierenden neurologischen Störungen. Die Funktionsstörungen müssen dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird und zur Folge haben, dass mindestens halbseitige Lähmung für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen wird. Der Schlaganfall muss mit einer zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden bildgebenden Diagnosetechnik (z. B. Computertomographie, Kernspintomographie) eindeutig belegt werden.

Blindheit

Ein Verlust der Sehfähigkeit der Versicherten Person liegt bei Blindheit oder hochgradigem Verlust der Sehkraft beider Augen vor, die nicht durch medizinische Maßnahmen oder Sehhilfen (z. B. Brille, Kontaktlinsen) korrigiert werden kann. Ein hochgradiger Verlust der Sehkraft liegt vor, wenn das Restsehvermögen nach optimaler Korrektur durch medizinische Maßnahmen und unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 (bzw. 0,05) oder weniger auf

der Snellen-Sehprobetafel beträgt oder das Gesichtsfeld des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum eingeschränkt ist, so dass ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad besteht. Der Verlust der Sehfähigkeit muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden und muss für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen.

Taubheit

Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn bei der Versicherten Person – auch unter Nutzung von geeigneten Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte oder Implantate) – auf beiden Ohren anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Wörertest) ein Hörverlust von mindestens 80 Prozent nachgewiesen wird. Der Verlust der Hörfähigkeit muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde anhand ausführlicher audiologischer Untersuchung nachgewiesen werden und für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen.

Verlust der Sprache

Ein Verlust der Sprachfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund körperlicher Ursachen (z. B. nach einer Kopfverletzung) völlig verloren hat oder diese auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. eines Kehlkopfmikrofons) so weit eingeschränkt ist, dass die Versicherte Person von ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, weil sie Worte in keiner jeglichen bekannten, verständlichen Sprache spricht. Der Verlust der Sprache muss für voraussichtlich mindestens sechs Monate fortbestehen und durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden, bei aphasischen Störungen unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasietest.

9.7 Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte

Damit im Leistungsfall die Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte greift, sind bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der von der Versicherten Person bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit zu erfüllen.

Art der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt bei Eintritt des Leistungsfalls eine weisungsgebundene und sozialversicherungspflichtige Tätigkeit aus, bzw. ist in einer Versorgungseinrichtung pflichtversichert, die der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt ist.

Umfang der Tätigkeit

Die Versicherte Person übt ihre Tätigkeit bei Eintritt des Leistungsfalls zeitlich eingeschränkt (Teilzeittätigkeit), gemäß § 2 Absatz 1 Teilzeit- und Befristungsgesetz (Stand 22.11.2019), aus. D.h. die regelmäßige Wochenarbeitszeit ist kürzer als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers.

Zum Nachweis der Teilzeittätigkeit ist uns ein Teilzeit-Arbeitsvertrag oder eine Teilzeit-Bestätigung des Arbeitgebers einzureichen.

Sind die Voraussetzungen hinsichtlich Art und Umfang der bei Eintritt des Leistungsfalls ausgeübten Tätigkeit erfüllt, erfolgt die Günstigerprüfung wie folgt: Es wird zunächst geprüft, ob bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 9.1 bis 9.4 vorliegt. Ist dies der Fall, erhält die Versicherte Person die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Stellt sich jedoch heraus, dass keine bedingungsmäßige Berufsunfähigkeit im Sinne der Abschnitte 9.1 bis 9.4 vorliegt, so wird zugunsten der Versicherten Person zusätzlich geprüft, ob sie ihre berufliche Teilzeittätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben kann oder könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die Versicherte Person ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

10 Welchen Einfluss hat eine Umorganisation?

Selbstständige

Berufsunfähigkeit setzt bei einer selbstständigen Versicherten Person zusätzlich voraus, dass sie ihren Beruf auch dann nicht weiter ausüben kann, wenn sie ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisiert. Als selbstständig gilt, wer (Mit-)Inhaber der Organisationsgewalt über einen Betrieb ist (z. B. Freiberufler, Gewerbetreibende, sonstige Selbstständige, nicht sozialversicherungspflichtige Geschäftsführer). Eine Umorganisation ist nur dann zumutbar, wenn

- die hierfür erforderlichen Maßnahmen wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- die bisherige Lebensstellung als Betriebs-(Mit-)Inhaber im Wesentlichen gewahrt bleibt,
- sich die umorganisationsbedingte Einkommensminderung vor Steuern in den von der Rechtsprechung vorgegebenen Grenzen (höchstens jedoch 20 Prozent, bezogen auf das durchschnittliche jährliche Einkommen der letzten drei Jahre) bewegen, und
- die Umorganisation nicht zulasten der Gesundheit der Versicherten Personen geht.

Zur Beurteilung der umorganisationsbedingten Einkommensminderung sind uns geeignete Unterlagen (z. B. Betriebswirtschaftliche Auswertung, Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, etc.) der letzten drei Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit einzureichen.

10.1 Wann verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation?

Bei Selbstständigen verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs, wenn

- die Versicherte Person in dem Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter beschäftigt oder

- die Versicherte Person einen akademischen Abschluss hat und mindestens zu 90 Prozent der durchschnittlichen Arbeitszeit kaufmännisch und/oder organisatorisch tätig ist.

Bei selbstständigen niedergelassenen Ärzten (Human- und Zahnmediziner) verzichten wir auf die Prüfung einer Umorganisation der Praxis, wenn

- die Versicherte Person in einer Einzelpraxis tätig ist und sie weniger als fünf approbierte Mitarbeiter beschäftigt,
- die Versicherte Person in einer Praxisgemeinschaft tätig ist (d. h. sie bildet mit anderen Ärzten keine wirtschaftliche Einheit im Sinne einer Abrechnungsgemeinschaft) und sie weniger als fünf approbierte Mitarbeiter beschäftigt,
- die Versicherte Person in einer Gemeinschaftspraxis oder als (Mit)Inhaber in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig ist (d. h. sie bildet mit anderen Ärzten eine wirtschaftliche Einheit im Sinne einer Abrechnungsgemeinschaft) und insgesamt weniger als fünf approbierte Mitarbeiter oder Partner beschäftigt bzw. tätig sind.

Für den Bezug von Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verzichten wir immer auf die Prüfung einer Umorganisation.

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern und sozialversicherungspflichtigen Geschäftsführern verzichten wir immer auf die Prüfung einer Umorganisation.

11 Welche Kriterien gelten bei einem Berufswechsel, bei Unterbrechung der Berufstätigkeit oder nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben?

Einen Berufswechsel müssen Sie uns grundsätzlich nicht anzeigen. Auch bei einem Wechsel in einen gefahrenerhöhten Beruf bleiben die Rechnungsgrundlagen unverändert – d. h., Ihr Beitrag

ändert sich nicht, sofern die Überschussdeklaration unverändert bleibt. Sie sind automatisch in Ihrer neuen, konkret ausgeübten Tätigkeit versichert.

Der freiwillige Wechsel in eine andere Tätigkeit, z. B. als Hausfrau/-mann, gilt als Berufswechsel und nicht als Ausscheiden aus dem Beruf. Gleiches gilt für ununterbrochene Elternzeit ab dem sechsten Jahr. Nach einem Berufswechsel prüfen wir die zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit (siehe 9.1) zur Feststellung der Leistungspflicht.

Bei ununterbrochenen Zeiten des Mutterschutzes und der Elternzeit legen wir in den ersten fünf Jahren die vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung bei der Prüfung des Leistungsanspruchs zugrunde.

Auch nach Ausscheiden aus dem Berufsleben (z. B. passive Altersteilzeit) oder bei Unterbrechung der Berufstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit) können Sie Ihre bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung fortführen. Beantragen Sie in dieser Zeit Leistungen, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung.

12 Welche Leistungen erbringen wir und wie werden diese berechnet?

12.1 Rauchverhalten - Raucherstatus

Diese Versicherung wird als Raucher- und Nichtraucherversicherung angeboten. Das bei Antragstellung von der Versicherten Person angegebene Rauchverhalten legt fest, ob sie im Sinne dieser Bedingungen Nichtraucher oder Raucher ist. Die Beitragshöhe richtet sich nach der Einordnung der Versicherten Person als Raucher oder Nichtraucher (bei gleichen Leistungen). Das zu Vertragsbeginn dokumentierte Rauchverhalten der Versicherten Person ist nachträglich nicht veränderbar und gilt für die gesamte Laufzeit des Vertrags.

Eine Änderung des Rauchverhaltens der Versicherten Person muss uns nicht angezeigt werden.

12.2 Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Wird die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir in Abhängigkeit vom versicherten Leistungsumfang nachstehende Leistungen:

12.2.1 Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbarte Rente nach Ablauf der Karenzzeit monatlich im Voraus.

Nach Ablauf der Karenzzeit sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit vereinbart sind (siehe Abschnitt 23), befreit.

12.2.2 Zahlung einer Umschulungshilfe

Haben Sie eine Umschulungsmaßnahme durch die Agentur für Arbeit oder einen anderen staatlich anerkannten Träger erfolgreich abgeschlossen und endet die Berufsunfähigkeit aufgrund neu erworbener beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten (siehe Abschnitt 14), zahlen wir Ihnen auf Antrag eine einmalige, pauschale Umschulungshilfe in Höhe von 1.500 Euro.

Die Umschulungshilfe kann während der Vertragsdauer mehrmals in Anspruch genommen werden.

12.2.3 Zahlung einer Umorganisationshilfe

Hat die Umorganisation des Betriebs zur Folge, dass wir von der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit frei sind oder werden, übernehmen wir auf Antrag die Kosten, die im Rahmen der Umorganisation des Betriebs der Versicherten Person entstehen oder entstanden sind, in voller Höhe, jedoch begrenzt auf sechs Monatsrenten (Umorganisationshilfe).

Voraussetzung für die Zahlung ist, dass der Zeitraum vom Entstehen des Anspruchs auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente bis zum Ablauf der Leistungsdauer bzw., sofern der Anspruch bereits entstanden ist, die verbleibende Leistungsdauer mindestens zwölf Monate beträgt.

Wird die Versicherte Person innerhalb von sechs Monaten nach Zahlung der Umorganisationshilfe aufgrund derselben medizinischen Ursache, wegen der die Umorganisation vorgenommen wurde, berufsunfähig, stellt die von uns erbrachte Umorganisationshilfe eine Vorauszahlung für die dann fälligen Leistungen wegen Berufsunfähigkeit dar. Anschließend setzt der Anspruch auf Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente ein.

12.2.4 Zahlung einer Rehabilitationshilfe

Ist bei der Versicherten Person während der Versicherungsdauer Berufsunfähigkeit (siehe 9.1 bis 9.3) oder Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit (siehe 9.4) eingetreten und hat sie deswegen auf ihren eigenen Wunsch hin eine oder mehrere Dienstleistungen zur beruflichen Rehabilitation auf eigene Kosten in Anspruch genommen, übernehmen wir auf Antrag die Kosten in voller Höhe, jedoch begrenzt auf 2.000 Euro (Rehabilitationshilfe).

Voraussetzung für die Zahlung ist, dass die Inanspruchnahme der Dienstleistungen geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern zu.

Wenn Sie sich vor einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen.

Ob die Maßnahmen tatsächlich den angestrebten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von

2.000 Euro für alle bei Swiss Life auf die Versicherte Person abgeschlossenen Verträge mit Berufsunfähigkeitsschutz.

12.2.5 Garantierte Rentensteigerung

Zusätzlich zur Rente (siehe 12.2.1) können Sie gegen Mehrbeitrag eine garantierte jährliche Rentensteigerung bei Berufsunfähigkeit mitversichern.

Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der garantierten Rentensteigerung ergibt sich aus dem bei Vertragsschluss vereinbarten Steigerungssatz und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, wird der Vertrag wieder beitragspflichtig wie unmittelbar vor Eintritt der Berufsunfähigkeit. Falls eine garantierte Rentensteigerung erbracht wurde, werden die Steigerungen bei erneuter Berufsunfähigkeit nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

12.3 Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart)

Liegt vollständige Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, erbringen wir folgende Leistungen:

- Befreiung von der Beitragszahlungspflicht für den gesamten vertraglichen Beitrag
- Zahlung einer Rente wegen Arbeitsunfähigkeit in Höhe der zuletzt vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Haben Sie eine garantierte Rentensteigerung für die Berufsunfähigkeitsrente vereinbart, gilt diese entsprechend auch für die wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit zu leistende Rentenzahlung.

Wir erbringen Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit, solange

- die Versicherte Person ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen ist,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen,
- die Versicherte Person lebt,
- die Leistungsdauer des Vertrags noch nicht abgelaufen ist.

Unsere Leistungen erfolgen rückwirkend ab Beginn des Monats, der auf den Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit folgt. Eine vereinbarte Karenzzeit gilt nicht für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Sie enden zum Ende des Monats, in dem die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit endet, spätestens mit dem 24. Monat einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit.

Beispiel:

Erster Tag der Arbeitsunfähigkeit: 13. Februar
Die Rentenzahlung beginnt am 1. März
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit: 26. November.
Die letzte Rentenzahlung erfolgt für den Monat November.

Insgesamt erbringen wir Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit für maximal 24 Monate während der gesamten Laufzeit des Vertrags (für Arbeitsunfähigkeiten mit einer Dauer ab sechs Monaten).

Der Bezug von Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Der Antrag auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit löst aber immer eine durch Swiss Life initiierte, gleichzeitige Prüfung von Ansprüchen auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß 9.1 ff. aus. Hierfür gelten sämtliche Regelungen zur Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden jedoch stets unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Erkennen wir zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an,

verrechnen wir diese mit den erbrachten Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

Werden Leistungszeiträume einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit rückwirkend als Leistungszeitraum wegen Berufsunfähigkeit anerkannt, schmälern diese nicht den 24-Monate-Maximalzeitraum, der für die Arbeitsunfähigkeit gilt. Daher prüfen wir schon bei Anmeldung von Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit auch Ihre Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Sonstige Regelungen

Ein Ausschluss dieser Option ist während der Vertragslaufzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode möglich, sofern noch keine Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit beantragt oder in Anspruch genommen wurden. Ein Rückkaufswert wird dabei nicht fällig.

Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit.

12.4 Leistungen wegen schwerer Krankheit

Erkrankt die Versicherte Person während der Versicherungsdauer, frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes, an einer der unter 9.6 beschriebenen schweren Krankheit, zahlen wir als Akuthilfe die für den Fall einer Berufsunfähigkeit vereinbarte monatliche Rente für eine Dauer von zwölf Monaten, solange die Versicherte Person lebt. Der Bezug von Leistungen aufgrund einer schweren Krankheit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Der Antrag auf Leistungen wegen schwerer Krankheit löst aber immer eine durch Swiss Life initiierte, gleichzeitige Prüfung von Ansprüchen auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit gemäß 9.1 ff. aus. Hierfür gelten sämtliche Regelungen zur Berufsunfähigkeit. Beide Leistungen werden jedoch stets unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Der Anspruch auf Leistungen wegen schwerer Krankheit entsteht ein Monat nach deren Diagnose durch einen entsprechenden Facharzt, sofern die Versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Unsere Leistungen erfolgen rückwirkend zum Beginn des darauffolgenden Monats. Die Leistung endet nicht vorzeitig, auch wenn sich der Gesundheitszustand der Versicherten Person innerhalb des Zeitraums von zwölf Monaten wieder bessert.

Erkennen wir zu einem späteren Zeitpunkt rückwirkend Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an, verrechnen wir diese mit den erbrachten Leistungen wegen schwerer Krankheit. Daher prüfen wir schon bei Anmeldung von Leistungen wegen schwerer Krankheit auch Ihre Ansprüche auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

12.4.1 Welche Einschränkungen gibt es bei Leistungen wegen schwerer Erkrankung?

Es ist nicht möglich, Leistungen wegen schwerer Krankheit zu beziehen, wenn Sie den Vertrag im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen haben.

Weiter ist es nicht möglich, Leistungen wegen schwerer Krankheit zu beziehen, wenn bereits Leistungen aufgrund Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit bezogen werden. Bezieht die Versicherte Person eine Leistung wegen schwerer Erkrankung und es wird eine Leistungspflicht aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit festgestellt, erlischt die Leistung wegen schwerer Krankheit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts des Leistungsfalls wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit.

Ist eine versicherte schwere Krankheit bedingungsgemäß eingetreten, begründet der Eintritt einer weiteren bedingungsgemäß versicherten schweren Krankheit keine zusätzliche Versicherungsleistung, solange Leistungen aufgrund der zuerst eingetretenen schweren Krankheit erbracht werden. Die Leistungsdauer von zwölf Monaten kann sich jedoch verlängern, wenn mehrere bedingungsgemäß versicherte schwere Krankheiten zeitlich versetzt nacheinander eintreten sollten.

Wenn für Ihren Vertrag Leistungseinschränkungen vereinbart sind, gelten diese auch für Leistungen wegen einer schweren Krankheit.

12.5 Leistungen wegen voller Erwerbsminderung

Sollte die Versicherte Person voll erwerbsgemindert sein, erkennen wir die vereinbarten Leistungen wegen Berufsunfähigkeit an. Für die Anerkennung von Berufsunfähigkeits-Leistungen wegen voller Erwerbsminderung sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Die Versicherte Person erhält von der Deutschen Rentenversicherung eine unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung aus rein medizinischen Gründen.
- Die Versicherte Person hat bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens das 50. Lebensjahr vollendet.
- Der Vertragsbeginn liegt bei Eintritt der Voraussetzungen zur vollen Erwerbsminderung mindestens 10 Jahre zurück.

Zum Nachweis der vollen Erwerbsminderung ist uns der unbefristete Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung einzureichen. Geht aus dem Rentenbescheid nicht eindeutig hervor, dass rein medizinische Gründe zur vollen Erwerbsminderung geführt haben, muss die Versicherte Person dies mit geeigneten Unterlagen (z. B. Arztberichte, medizinische Gutachten, etc.) nachweisen.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition des § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 22.12.2020.

Sollten die Voraussetzungen für die Zahlung einer vollen Erwerbsminderungsrente entfallen und die Deutsche Rentenversicherung die Zahlung der unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung einstellen, so hat uns die Versicherte Person über diesen Umstand unverzüglich zu informieren.

Sollten für Ihren Vertrag besondere Vereinbarungen, Einschränkungen oder Ausschlüsse gelten, so gelten diese auch für Leistungen wegen voller Erwerbsminderung.

12.6 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

Nach Anmeldung von Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Ihr Verlangen stunden wir die Beiträge, im Falle der Anmeldung von Berufsunfähigkeit erst nach Ablauf einer ggf. vereinbarten Karenzzeit, bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für fünf Jahre nach Ablauf der Karenzzeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

Soweit wir Leistungen für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht, verzinst

mit dem bei Vertragsabschluss vereinbarten Rechnungszins (siehe 12.7), zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Während der gesamten Dauer Ihres Vertrags beraten und unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne. Wir geben Auskünfte zu Ihrem Versicherungsschutz allgemein und wenn Sie Leistungen beanspruchen. Wir erläutern Ihnen zum Beispiel, welche Voraussetzungen Sie erfüllen müssen, um Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit zu erhalten. Wir beraten die Versicherte Person, sofern sie dies wünscht, um sich wieder in den Beruf einzugliedern.

Gerne unterstützen wir Sie, wenn Sie Fragen haben:

- welche Unterlagen Sie einreichen müssen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung nachzuweisen,
- wie Sie die bisherige berufliche Tätigkeit beschreiben können,
- wie und wann wir die Leistung prüfen,
- welche Ansprechpartner geeignet sind, um Maßnahmen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zu ergreifen,
- welche allgemeinen Grundsätze bei der Umorganisation des Betriebs eines Selbstständigen gelten.

12.7 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2022-10 I NR (N) oder SL 2022-10 I R (N), den Tafeln SL 2022 TI, SL 2022 RI und SL 2022 T sowie einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 Prozent; die Kalkulation von Swiss Life BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2022-10 I NR (A) oder SL 2022-10 I R (A).

12.8 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

Für den Beginn eines Leistungsanspruchs nach Eintritt der Berufsunfähigkeit können Sie unterschiedliche Karenzzeiten oder keine Karenzzeit wählen. Die von Ihnen ausgewählte Karenzzeit dokumentieren wir im Versicherungsschein.

Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Beiträge gemäß § 163 VVG.

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Kapitel F).

Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

13 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 16.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle vier Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 16.1.1) vor, erklären wir innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir bei Berufsunfähigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können einem unbefristeten Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. In einem solchen Fall möchten wir Ihnen schnell und unkompliziert helfen, indem wir einmalig ein zeitlich befristetes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

Die Prüfung der Fortdauer der Berufsunfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 13 dieser Bedingungen, die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 14 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums verzichten wir.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt, fordern wir die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurück. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

14 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch und den Grad der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die Versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von Abschnitt 9 ausübt. Seit Eintritt der Berufsunfähigkeit neu erworbene berufliche Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt, ebenso die Lebensstellung vor dem Versicherungsfall. Insofern können wir auch Angaben verlangen, ob die Versicherte Person eine Tätigkeit konkret im Sinne von Abschnitt 9 wieder ausübt oder ausgeübt hat.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte sowie Aufklärungen vor Ort durch Berufskundler verlangen. Die Bestimmungen von 16.1.1 gelten entsprechend.

Eine Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich anzeigen, sofern Sie Leistungen aus diesem Vertrag erhalten oder beantragt haben. Gleiches gilt bei Minderung der Pflegebedürftigkeit oder Änderung eines behördlichen Tätigkeitsverbots.

Hat sich der Grad der Berufsunfähigkeit auf weniger als 50 Prozent vermindert, stellen wir die Leistung ein.

Haben wir unsere Leistungspflicht im Rahmen der Günstigerprüfung für Teilzeitkräfte gemäß Abschnitt 9.7 anerkannt und hat sich die tägliche Leistungsfähigkeit der Versicherten Person (im zugrunde liegenden Beruf) auf 3 Stunden oder mehr erhöht, stellen wir unsere Leistungen ein.

Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich die Art des Pflegefalls geändert oder sein Umfang gemindert, mit der Folge, dass keine der in 9.4 genannten Voraussetzungen erfüllt ist, stellen wir unsere Leistungen ein.

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

Auslandsaufenthalt

Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Berufsunfähigkeit und ihres Grades vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz

geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

15 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsergebnisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei z. B. grob fahrlässigen Verstößen im Straßenverkehr.
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.

- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde,
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird,
- durch Handeln oder Unterlassen, mit welchem der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte vorsätzlich und rechtswidrig im Sinn des Strafrechts die Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder schwere Krankheit der Versicherten Person herbeigeführt hat.

16 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

16.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder schwerer Krankheit verlangen?

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form verlangen, zur Feststellung unserer Leistungs-

pflicht muss von Ihnen der Nachweis des Bestehens von bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit und deren Auswirkungen auf den zuletzt ausgeübten Beruf der Versicherten Person oder der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person erbracht werden.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit vorgelegt wird.

Die Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung nehmen wir auf Ihren Wunsch hin in zweistufiger Form vor. Im Rahmen der Leistungsprüfung erläutern wir Ihnen die Details der jeweiligen Form und Sie haben dann die Möglichkeit sich für eine Form zu entscheiden. Wir können von der Versicherten Person auf der ersten Stufe verlangen, dass sie uns entweder ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder ihrem Hausarzt Informationen über ärztliche Behandlungen und Behandlungszeiträume ohne Angabe von Befunden für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Ebenso können wir von der Versicherten Person Nachweise zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), sowie zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen) zum Zeitpunkt der Antragstellung verlangen. Ergeben sich aus diesen Informationen Anhaltspunkte für die Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, können wir von der Versicherten Person auf der zweiten Stufe verlangen, dass sie uns entweder ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder den behandelnden Ärzten Informationen auch über Befunde, Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitszeiträume für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Die Versicherte Person ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Solange die Mitwirkung verweigert wird, können wir die weitere Leistungsprüfung verweigern. Die Versicherungsleistung wird dann nicht fällig. Details hierzu erläutern wir Ihnen im Rahmen der Leistungsprüfung.

16.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Berufsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Berufsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die Fähigkeit den Beruf auszuüben,
- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person sowie die Lebensstellung und die Tätigkeit unmittelbar vor dem Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit und über die dadurch bedingten Veränderungen,
- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei denen die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und frühere Arbeitgeber.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Wir können darüber hinaus auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen, berufskundliche Aufklärungen auch vor Ort sowie erforderliche Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine sogenannten Vertragsärzte.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die Versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die Versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen von Berufsunfähigkeit notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

16.1.2 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen Arbeitsunfähigkeit

Für Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine oder mehrere ärztliche Bescheinigung(en) der Arbeitsunfähigkeit innerhalb des Zeitraums, in dem Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Mindestens eine ärztliche Bescheinigung muss von einem in der Europäischen Union, Schweiz oder Norwegen niedergelassenen Facharzt mit einer der Krankheit entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.
- auf weitere Nachfrage von uns ergänzende Angaben zum Befund und/oder zum Beruf.

Jede ärztliche Bescheinigung muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- erhobener Befund
- Zeitpunkt des Beginns der vollständigen Arbeitsunfähigkeit
- voraussichtliche Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Wir akzeptieren auch AU-Bescheinigungen nach dem Muster der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Eventuell entstehende Kosten für die Beschaffung der Bescheinigung(en) gehen zu Ihren Lasten.

16.1.3 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen wegen schwerer Krankheit

Für Leistungen wegen schwerer Krankheit sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer gemäß 9.6 versicherten schweren Krankheit. Die Bescheinigung muss von einem Facharzt mit einer der Krankheit entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein.

Die ärztliche Bescheinigung muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- erhobener Befund
- Zeitpunkt des Beginns bzw. der Diagnose der schweren Krankheit.

Eventuell entstehende Kosten für die Beschaffung der Bescheinigung(en) gehen zu Ihren Lasten.

16.1.4 Hinweis zu Arztanordnungen

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten und zu einem Absinken des Grades der Berufsunfähigkeit auf unter 50 Prozent führen können.

Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

16.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

16.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen

Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien), zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten) und dem Rauchverhalten.

Sie sind bis zur Abgabe der Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie Raucher oder Nichtraucher sind.

Nichtraucher ist, wer in den letzten 12 Monaten vor Vertragsabschluss weder aktiv geraucht, gedampft (nikotinhaltig sowie nikotinfrei) oder in sonstiger Form Nikotin (durch z. B. Nikotinkaugummis oder -pflaster) konsumiert hat.

Raucher ist, wer die Voraussetzungen für einen Nichtraucher nicht erfüllt.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

16.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind (siehe 16.2.1), können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

16.2.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 8.2).

16.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir

den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

16.2.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

16.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis

hatten. Wenn die Versicherung durch Anfechtung aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

16.2.7 Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungsauskünfte gehen nicht zu Ihren Lasten. Wenn Sie nachweisen, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (z. B. Ärzte, Kliniken, Krankenkassen) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B. andere Erkrankung, anderer Befund), werden wir unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung, Vertragsanpassung und Anfechtung nicht auf diese fehlerhaften Daten stützen.

16.2.8 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 16.2.1 bis 16.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 16.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

16.2.9 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

16.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 14 oder 16.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

16.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

16.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Berufsunfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht

empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

17 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen.

17.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung an dem Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein sogenannter Risikoüberschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein sogenannter Kostenüberschuss.

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung

aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Für die Beteiligung an dem Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Berufsunfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maße, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 114.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. ausgeübter Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Bestandsgruppe bzw. an dem auf Ihre Gewinngruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wir veröffentlichen die festgelegten Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de/geschaeftsbericht einsehen.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 18, 19 und 22.

17.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Mit diesem Wert ist die Aktie in der Bilanz ausgewiesen. Wenn der Kurs der Aktie zum Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von zehn Euro entstanden.

Bewertungsreserven können auch negativ werden. Dann spricht man von stillen Lasten. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist niemals negativ.

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 20, 21 und 22.

18 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung gemäß 18.1 oder für das Überschussverwendungs-System Bonusrente gemäß 18.2 entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nicht möglich.

18.1 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung an dem Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

Das Überschussverwendungs-System der Beitragsverrechnung kann nicht bei Direktversicherungen gewählt werden.

18.2 Bonusrente

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt des Versicherungsfalles eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Tritt der Versicherungsfall nicht ein, werden aus dem Bonus keine Leistungen fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe der Bonusrente wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und ist ab Eintritt der Berufsunfähigkeit garantiert. Maßgebend ist die deklarierte Bonusrente zu Beginn des Versicherungsjahres, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Höhe der Bonusrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

19 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Ab Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inklusive Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

Die Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

Während der Bezugszeit von Berufsunfähigkeits-Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 21 und 22).

20 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Risikoversicherungen bzw. Berufsunfähigkeitsversicherungen sind hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt der Berufsunfähigkeit **nicht überschussberechtig**.

21 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem

Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 213 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt.

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Rentenbezugszeit zuzuordnen ist. Weitere Informationen zur Ermittlung des Anteilsatzes finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven des Unternehmens werden mit diesem Anteilsatz multipliziert und ergeben die verteilungsfähigen Bewertungsreserven für den Teilbestand der Verträge in der Rentenbezugszeit.

Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrenten des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

22 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähig-

keitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

G Auszahlung von Leistungen

23 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Karenzzeit

Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Beginn des Kalendermonats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (= Beginn des sechsmonatigen Zeitraums gemäß 9.1) und Ablauf einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit.

Die Karenzzeit beginnt am Monatsersten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit und endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer. Während der Karenzzeit muss die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit ununterbrochen andauern und am Ende der Karenzzeit noch bestehen. Leistungen für die Karenzzeit werden von uns nicht geschuldet.

Additive Karenzzeit

Endet die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit und tritt erneut Berufsunfähigkeit (siehe Abschnitt 9) aufgrund derselben Ursache(n) ein, so rechnen wir bereits zurückgelegte volle Kalendermonate der Karenzzeit an.

Meldefrist

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Verfügungen

Sie können das Recht auf die Leistung ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind. Die Abtretung und die Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

23.1 Wann erhalten Sie keine Leistungen mehr?

Der Anspruch auf Leistungen aus Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet, wenn

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die Versicherte Person stirbt oder
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist.

24 An wen zahlen wir Leistungen aus?

Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit in Textform widerrufen.

Die Einräumung oder Änderung eines Bezugsrechts bedarf gegebenenfalls der Zustimmung der Versicherten Person.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind.

H Unser Vertragsverhältnis

25 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

26 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

26.1 Recht und Vertragssprache

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Vertragssprache für alle Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

26.2 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht, können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

Benennung eines Zustellungsbevollmächtigten

Wenn Sie sich über einen längeren Zeitraum nicht in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, empfehlen wir Ihnen Folgendes: Bevollmächtigen Sie eine im Inland wohnhafte Person, Erklärungen von uns entgegenzunehmen.

26.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

Notwendige Daten sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift, die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung („Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

Falls Sie uns die notwendigen Daten nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen,

gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Daten zur Verfügung gestellt haben.

27 Wo können Sie sich beschweren?

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden um Sie zufriedenzustellen.

27.1 Schlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Damit ist für Sie als Verbraucher die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hierdurch für Sie unberührt.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Versicherungsvertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können

Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

27.2 Aufsichtsbehörden

Darüber hinaus können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

27.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Wenn Sie eine Klage aus dem Vertrag gegen uns erheben, ist folgendes Gericht zuständig:

- das Gericht, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz liegt,
- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.
- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie als juristische Person Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Wir müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

28 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

28.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die

neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

29 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihre Versicherung um eine Kapitalbildung ergänzen bzw. umwandeln?

Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie bis zum Ablauf des 10. Versicherungsjahres um eine kapitalbildende Komponente ergänzen oder in einen kapitalbildenden Vertrag mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung umwandeln. Hierfür bieten wir verschiedene Lösungen an. Bitte kontaktieren Sie uns, damit wir Ihnen geeignete Vorschläge zur Verfügung stellen können.

Auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten wir, wenn das Ablaufdatum der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer unverändert bleibt und der Versicherungsumfang sich nicht erhöht. Bei einer Ergänzung bzw. Umwandlung gelten der zu diesem Zeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, sowie der für den ursprünglichen Vertrag dokumentierte Raucherstatus der Versicherten Person. Für den ursprünglichen Vertrag vereinbarte Risikozuschläge und Besondere Vereinbarungen gelten auch für den neuen Vertrag. Sollte die Versicherte Person zu diesem Zeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausüben, können Sie das Recht auf Ergänzung bzw. Umwandlung nicht in Anspruch nehmen. Eine im bisherigen Vertrag eingeschlossene Beitragsdynamik bleibt bestehen, sofern der Tarifbeitrag insgesamt 300 Euro pro Monat nicht übersteigt. Gegebenenfalls erhalten Sie eine neue Versicherungsscheinnummer.

Die Ergänzung bzw. Umwandlung setzt hingegen eine erneute Gesundheitsprüfung voraus, wenn

Sie einen höheren Versicherungsumfang wünschen (z. B. Erhöhung der Versicherungssumme, Erhöhung des Schlussalters der Versicherungsdauer).

Ihr Ergänzungs- bzw. Umwandlungsrecht erlischt, sobald Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung beantragt werden.

30 Welche Besonderheiten gelten für den Stufentarif?

30.1 Wann und in welchem Umfang erhöht sich der Beitrag?

Der Anfangsbeitrag (Beitragsstufe 1) erhöht sich – je nach Vereinbarung – nach Ablauf des ersten bis fünften vollen Versicherungsjahres auf den Tarifbeitrag der Beitragsstufe 2 bei unveränderten versicherten Leistungen. Sofern Sie eine Verlängerung der Beitragsstufe 1 beantragen, gilt abweichend hiervon 30.2. Die Höhe der jeweiligen Beitragsstufe ist in den vorvertraglichen Informationen und im Versicherungsschein dokumentiert.

Auch für den ersten Beitrag der Beitragsstufe 2 gelten die Regelungen zum Folgebeitrag (siehe 4.3).

30.2 Vertragsänderungen und Einschränkungen

Beitragsstufe 1

Eine Verkürzung der Beitragsstufe 1 ist nicht möglich. Sie können jedoch auf Antrag den Beginn der Beitragsstufe 2 einmalig um ein Jahr in die Zukunft verschieben. Ihr Antrag muss spätestens zwei Monate vor Ablauf der Beitragsstufe 1 bei uns in Textform eingehen. Durch die Beginnverlegung werden die Beiträge der Beitragsstufen 1 und 2 neu berechnet. Hierüber erhalten Sie von uns einen Vorschlag bzw. einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist während der Beitragsstufe 1 nur in seltenen Fällen ein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher ist die Möglichkeit der Stundung der Beiträge gemäß 8.4 sehr eingeschränkt. Gleiches gilt für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 8.4. Bei einer befristeten Beitragsfreistellung wird der Tag der Wiederinkraftsetzung so bestimmt, dass er mit dem Beginn eines Versicherungsjahres zusammenfällt. Der Beginn der Beitragsstufe 2 wird auf diesen Termin verlegt und die Beiträge der Beitragsstufe 2 werden neu berechnet.

Während der Dauer der Beitragsstufe 1 sind aufgrund der Tarifbesonderheit eine teilweise Kündigung gemäß Abschnitt 36 sowie BUprotect gemäß 8.5 nicht möglich.

Wird eine Erhöhung, eine Reduktion oder eine Änderung der Berufsgruppe oder Risikodaten (Erhöhung der Beiträge – auch im Rahmen der Nachversicherungsgarantie) gewünscht, erfolgt die Vertragsanpassung zum nächsten Monatsersten. Eine solche Vertragsänderung kann nur für die Zukunft beantragt werden. Der Beginn der Beitragsstufe 2 bleibt dabei unverändert.

Beitragsstufe 2

Aufgrund der Tarifbesonderheit ist auch während der Beitragsstufe 2 – insbesondere in den ersten Jahren – kein ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden. Daher kann die Möglichkeit für die befristete Beitragsfreistellung gemäß 8.4 und BUprotect gemäß 8.5 eingeschränkt sein.

Daher können wir einen Rechtsanspruch auf die befristete Beitragsfreistellung und BUprotect nicht uneingeschränkt einräumen, sondern nur soweit ausreichend hohes Deckungskapital vorhanden ist.

30.3 Welcher Beitrag ist bei Berufsunfähigkeit befreit?

Ergänzend zu 12.2.1 ist auch der erhöhte Beitrag der Beitragsstufe 2 von der Beitragszahlungs-

pflicht befreit, wenn die Berufsunfähigkeit während der Beitragsstufe 1 eingetreten ist und Leistungen während der Beitragsstufe 2 zu erbringen sind.

31 Welche Besonderheiten gelten für die Berufsunfähigkeitsversicherung als Direktversicherung?

Versicherungsnehmer für die Versicherungen seiner Arbeitnehmer ist der Arbeitgeber.

Die Versicherte Person ist der wirtschaftlich Berechtigte im Sinne des Geldwäschegesetzes (GwG).

31.1 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Abweichend von Abschnitt 24 gilt folgende Bezugsrechtsregelung für die Direktversicherung.

Die Versicherte Person besitzt für die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag das Bezugsrecht. Das Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile.

Werden die Beiträge wirtschaftlich von der Versicherten Person getragen (**Entgeltumwandlung**), so ist die Anwartschaft ab Beginn gesetzlich unverfallbar und die Versicherte Person hat ein **unwiderrufliches Bezugsrecht**.

Werden die Beiträge **von Ihnen (Arbeitgeber) finanziert**, ist es Ihnen freigestellt, der Versicherten Person ein sofortiges **unwiderrufliches Bezugsrecht** einzuräumen.

Bezüglich der Unverfallbarkeit bleibt es bei den gesetzlichen Unverfallbarkeitsregelungen des § 1b BetrAVG, die auch für den Versicherungsvertrag gelten. Sind die gesetzlichen Unverfallbarkeitsregeln noch nicht erfüllt und scheidet die Versicherte Person vorzeitig aus dem Dienstverhältnis aus, können Sie über das Bezugsrecht verfügen (sogenanntes unwiderrufliches Bezugsrecht mit Vorbehalt).

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts ist uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns vom Berechtigten in Textform angezeigt worden ist.

Hat die Versicherte Person ein nicht übertragbares und nicht beleihbares **unwiderrufliches Bezugsrecht**, erhält sie die Versicherungsleistungen. Dieses Bezugsrecht bezieht sich auch auf die Überschussanteile. Versicherungsnehmer für die Versicherungen bleiben Sie. Während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses ist eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft und eine Abtretung von Rechten aus diesem Vertrag auf die Versicherte Person bis zu dem Zeitpunkt ausgeschlossen, in dem die Versicherte Person ihr 62. Lebensjahr vollendet hat. Eine Abtretung oder Beleihung der Ansprüche aus einem unwiderruflichen Bezugsrecht durch den Arbeitnehmer ist ausgeschlossen, soweit die Beiträge gemäß § 3 Nr. 63 EStG steuerlich gefördert werden. Bei Versorgungszusagen mit Entgeltumwandlung ist eine Abtretung, Verpfändung oder Beleihung durch den Arbeitgeber ausgeschlossen. Sobald das Bezugsrecht unwiderruflich ist, kann es nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

31.2 Hinweise zur sozialversicherungsrechtlichen Behandlung

Die folgenden Hinweise geben den Stand zum Oktober 2020 wieder. Falls sich die sozialversicherungsrechtliche Behandlung in Zukunft ändern sollte, gelten die Änderungen in der Regel auch für bestehende Vertragsverhältnisse. Diese Informationen sind ohne Gewähr und begründen keinerlei Anspruch auf Schadensersatz.

Die beitragsrechtliche Behandlung von **Beiträgen** zu Direktversicherungen regeln die Arbeitsentgeltverordnung und das Vierte Sozialgesetzbuch. Bei einer **arbeitgeberfinanzierten** Direktversicherung werden die Beiträge nicht zum sozialversicherungspflichtigen Entgelt hinzugerechnet, soweit es sich um steuerfreie Zuwendungen an Direktversicherungen gemäß § 3 Nr. 63 Satz 1 und 2 EStG und § 100 EStG im Kalenderjahr bis zur Höhe von

insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung handelt. Auch bei einer **Entgeltumwandlung** sind steuerfreie Beiträge (§ 3 Nr. 63 EStG) zu einer Direktversicherung ebenso bis zur Höhe von insgesamt vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung sozialabgabenfrei, wie die arbeitgeberfinanzierten.

Die sozialabgabenrechtliche Beurteilung der **Leistungen** regelt im Wesentlichen das Fünfte Sozialgesetzbuch. Die Leistungen aus der Direktversicherung unterliegen gegebenenfalls der Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Für Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht seit dem 01.01.2020 ein Freibetrag. In der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird der volle allgemeine Beitragssatz erhoben. Gleiches gilt für freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse. Bei der Beitragsberechnung wird die Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

Bei Leistungsempfängern, die der Privaten Krankenversicherung angehören, werden keine Beiträge aus Versorgungsbezügen fällig.

31.3 Welche Besonderheiten gelten für die Beitragsfreistellung?

Der Mindestbetrag nach Senkung der Beiträge bzw. die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente muss abweichend von 8.1 pro Jahr mindestens 300 Euro betragen.

Erreicht die zu berechnende Berufsunfähigkeitsrente diesen Betrag nicht, behalten wir uns in diesem Fall das Recht vor, im Rahmen der dann gültigen tarifvertraglichen und gesetzlichen Regelungen den Vertrag zu beenden. Es wird kein Rückkaufswert fällig.

Im Falle von Elternzeit wird der Vertrag auch unterhalb der genannten Grenze innerhalb von drei Jahren beitragsfrei weitergeführt. Nach Ablauf von drei Jahren behalten wir uns das Recht vor, im Rahmen der dann gültigen tarifvertraglichen

und gesetzlichen Regelungen den Vertrag zu beenden, sofern keine beitragspflichtige Fortsetzung erfolgt. Es wird kein Rückkaufswert fällig.

31.4 Welche Besonderheiten gelten für die Kündigung?

Wenn die Versicherte Person **unwiderruflich** bezugsberechtigt ist (siehe 24), müssen Sie das Kündigungsschreiben zusammen mit der Versicherten Person unterzeichnen, wenn die Leistung an eine andere Person erbracht werden soll.

Kündigung im laufenden Arbeitsverhältnis

Die Kündigung einer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden und führt in der Regel zu Haftungen durch Sie als Arbeitgeber.

Für eine Kündigung bzw. Teilkündigung im laufenden Arbeitsverhältnis die Regelungen des Kapitels K. Sollte die Kündigung aufgrund eines Dienstaustritts im laufenden Versicherungsjahr erfolgen, erstatten wir anteilig die zu viel gezahlten Beiträge.

Kündigung im zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses

Eine Kündigung bzw. Teilkündigung im zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses führt in der Regel aufgrund der gesetzlichen Vorgaben lediglich zu einer Beitragsfreistellung. Wir erstatten Ihnen die zu viel gezahlten Beiträge zurück.

31.5 Was gilt nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses?

Scheidet die Versicherte Person vor Eintritt des Versicherungsfalls aus den Diensten des Arbeitgebers aus und liegen die Voraussetzungen der sogenannten versicherungsvertraglichen Lösung gemäß § 2 Abs. 2 BetrAVG vor, wird ihr die Versicherungsnehmer-Eigenschaft der Versicherung übertragen. Sie kann die Versicherung beitragsfrei oder beitragspflichtig ohne erneute Gesundheits-

prüfung fortsetzen (**sogenannte private Fortführung**). Zusätzlich kann es durch die Inanspruchnahme von BUprotect (siehe 8.5) zu einer Beitragserhöhung kommen.

Wenn die Versicherung beitragsfrei auf die Versicherte Person übertragen werden soll, muss die beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente mindestens 300 Euro pro Jahr betragen. Ist dies nicht der Fall, endet der Vertrag. Es wird keine Leistung fällig.

Die unverfallbaren Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag, die im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung entstanden sind, dürfen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgetreten werden.

Ansprüche, die aus Beiträgen der privaten Fortsetzung nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und die nach Übernahme der Versicherungsnehmer-Eigenschaft entstehen, dürfen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten abgetreten, beliehen oder gekündigt werden.

Diese Versicherung darf auf keine andere Person übertragen werden, außer auf die Versicherte Person oder den neuen Arbeitgeber, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen.

31.6 Welche Einschränkungen gelten in der betrieblichen Altersversorgung?

Abweichend von Abschnitt 18 ist bei einer betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherung) als Überschussverwendungs-System vor Eintritt des Leistungsfalls nur das Überschussverwendungs-System Bonusrente möglich.

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe 12.3) können in der betrieblichen Altersversorgung nicht vereinbart werden.

Leistungen wegen schwerer Krankheit (siehe 12.4) sind in der betrieblichen Altersversorgung nicht versichert.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur in den steuerlichen Grenzen des § 3 Nr. 63 EStG ausgeübt werden.

31.7 Gesellschafter-Geschäftsführer Option bei einer Direktversicherung

Ist die Versicherte Person ein Gesellschafter-Geschäftsführer des Versicherungsnehmers, besteht die Option, zusätzlich zu der bestehenden Direktversicherung eine Rückdeckungsversicherung abzuschließen. In diese kann ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und eine Todesfall-Zusatzversicherung eingeschlossen werden.

Voraussetzungen sind:

- Der Steuerberater des Versicherungsnehmers bestätigt, dass die Versicherte Person ein Gesellschafter-Geschäftsführer des Versicherungsnehmers ist und die sogenannte Probezeit für die Einrichtung einer steuerlichen anerkannten Pensionszusage bzw. Unterstützungskassen Versorgung erfüllt ist.
- Die Versicherte Person darf bis zum Zeitpunkt der Ausübung der Option aus der Direktversicherung weder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bezogen noch beantragt haben.
- Zum Zeitpunkt der Ausübung der Option besteht die Direktversicherung nicht länger als sechs Jahre
- Die Versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Ausübung der Option das 46. Lebensjahr noch nicht vollendet
- Die Rückdeckungsversicherung wird im Durchführungsweg Unterstützungskasse oder Pensionszusage abgeschlossen.
- Der Beitrag für die Rückdeckungsversicherung übersteigt nicht den Höchstbeitrag zur deutschen Rentenversicherung und beträgt maximal 1.600 Euro monatlich.
- Die Versicherungssumme der Todesfall-Zusatzversicherung beträgt maximal 100.000 Euro.

Der Versicherungsnehmer übt die Option aus, indem bei uns der Antrag auf die Rückdeckungsversicherung und die Bestätigung des Steuerberaters

eingereicht werden. Die Antragstellung und der Versicherungsbeginn der Rückdeckungsversicherung müssen innerhalb von zwölf Monaten nach Erfüllung der Probezeit erfolgen.

Für die Rückdeckungsversicherung wird ein Neuvertrag mit neuer Versicherungsscheinnummer und mit den dann geltenden Versicherungsbedingungen ausgestellt. Es werden die bei Antragstellung geltenden Rechnungsgrundlagen und Annahmerichtlinien zugrunde gelegt. Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge der bestehenden Direktversicherung gelten auch für die Rückdeckungsversicherung mit Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und Todesfall-Zusatzversicherung.

I Nachversicherungsgarantien

32 Welche Nachversicherungsgarantien haben Sie?

Auffüllgarantie bei Senkung der Bonusrente

Sollte die Bonusrente (siehe 18.2) durch Reduzierung des Überschussanteilsatzes sinken, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern Leistungen wegen Berufsunfähigkeit noch nicht beantragt wurden oder Berufsunfähigkeit noch nicht eingetreten ist. Möchten Sie diese Option in Anspruch nehmen, müssen Sie uns dies innerhalb von sechs Monaten, nachdem wir Sie über die Anpassung des Überschussanteilsatzes informiert haben, in Textform mitteilen.

Die Regelungen zur Nachversicherungsgarantie finden sinngemäß Anwendung.

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in verschiedenen Situationen **ereignisabhängig** zu erhöhen:

- Heirat der Versicherten Person bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Wiederaufnahme der Berufstätigkeit innerhalb von 18 Monaten nach der Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Scheidung der Versicherten Person bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zulasten der Versicherten Person,
- Abschluss einer anerkannten beruflichen Qualifikation (z. B. Berufsausbildung, Meisterbrief, Berufsakademie, Studium, Approbation in einem ärztlichen Beruf) durch die Versicherte Person,
- Aufnahme einer hauptberuflichen nicht-selbstständigen Vollzeitstätigkeit in Festanstellung durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen oder freiberuflichen Vollzeitstätigkeit durch die Versicherte Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, nach Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss der Schulausbildung, des Studiums oder einer Promotion, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief),
- Gehaltssteigerung, die bei der Versicherten Person zum erstmaligen Überschreiten der maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 Prozent, wenn die Versicherte Person selbstständig tätig ist,
- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der Versicherten Person aus

der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die Versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,

- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich, zur Praxisfinanzierung oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilieneigentum durch die Versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro.

Eine Erhöhung im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin. Zu diesem Termin beginnt auch der Versicherungsschutz der gewünschten Erhöhung.

Sollte Berufsunfähigkeit vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eintreten und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück.

Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 100 Prozent der zu Vertragsbeginn versicherten Leistung, bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet,
- einer bei Swiss Life versicherten Berufsunfähigkeitsrente von 2.500 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Eine Ausnahme stellt das Nachversicherungsereignis „Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen selbstständigen oder freiberuflichen Vollzeittätigkeit durch die Versicherte Person“ dar. Hier gilt die maximale Höchstabsicherungsgrenze für Existenzgründer in Höhe von 1.500 Euro

im Monat. Sollten unsere Annahmerichtlinien zum Erhöhungszeitpunkt bei bestimmten Berufen höhere Absicherungsgrenzen für Existenzgründer vorsehen, so beläuft sich die Höchstabsicherungsgrenze bei diesen Berufen analog den Annahmerichtlinien, jedoch maximal auf 2.500 Euro im Monat. Alle bestehenden Tarifraten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Bei einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bis zu 2.500 Euro im Monat ist es ausreichend, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags die Antragsfragen beantwortet wurden.

Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können die ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die Versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder berufsunfähig oder arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung erhält oder erhielt, noch beantragt hat (z. B. bei Erwerbsminderung, Verlust einer Grundfähigkeit).

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden

Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile. Sollte die Versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausüben, besteht kein Recht auf Nachversicherung.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Zusätzlich haben Sie das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen Ihren Vertrag **ereignisunabhängig** und ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die Erhöhung muss in den ersten fünf Versicherungsjahren beantragt werden und kann frühestens zu dem auf Ihren Antrag folgenden Monat durchgeführt werden. Dieses Recht kann nur einmalig ausgeübt werden.

Eine Erhöhung im Rahmen der ereignisunabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin.

Der Versicherungsschutz für diese Erhöhung beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten, diese entfällt bei Unfall.

Sollte eine Berufsunfähigkeit während der Wartezeit eintreten, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück.

Die Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 100 Prozent der zu Vertragsbeginn versicherten Leistung, bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet,
- höchstens jedoch 500 Euro pro Monat,
- einer bei Swiss Life versicherten Berufsunfähigkeitsrente von 2.500 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat. Der maßgebliche

Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifraten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Bei einer Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente bis zu 2.500 Euro im Monat ist es ausreichend, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags die Antragsfragen beantwortet wurden. Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 4.000 Euro im Monat setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können die ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre in Textform bei uns geltend machen, sofern zum Zeitpunkt der Beantragung die Versicherte Person das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder berufsunfähig oder arbeitsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf Leistungen aus einer gesetzlichen, betrieblichen oder privaten Invaliditätsabsicherung (z.B. bei Verlust einer Grundfähigkeit, Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit) gestellt hat oder entsprechende Leistungen erhält oder erhalten hat.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile. Sollte die Versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausüben, besteht kein Recht auf Nachversicherung.

33 Spezielle Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang Ihres Vertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung in folgenden Situationen **ereignisabhängig** zu erhöhen:

- Abschluss einer anerkannten beruflichen Qualifikation (z. B. Approbation/Promotion/Habilitation im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, Berufung zum Professor im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, Facharztprüfung im Bereich der Human- oder Zahnmedizin) durch die Versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer hauptberuflichen freiberuflichen Vollzeittätigkeit als Human- oder Zahnmediziner (z.B. Praxisneugründung, Praxisübernahme, Beteiligung an einem medizinischen Versorgungszentrum oder an einer Gemeinschaftspraxis) durch die Versicherte Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, nach Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss eines Studiums der Human- oder Zahnmedizin, nach Approbation/Promotion/Habilitation im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, nach Berufung zum Professor im Bereich der Human- oder Zahnmedizin, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation z.B. Facharztprüfung im Bereich der Human- oder Zahnmedizin),
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 Prozent, wenn die Versicherte Person freiberuflich als Human- oder Zahnmediziner tätig ist,
- Aufnahme eines Darlehens zur Praxisfinanzierung, Finanzierung der Beteiligung

an einem medizinischen Versorgungszentrum oder an einer Gemeinschaftspraxis oder eines sonstigen Darlehens in unmittelbarem Zusammenhang mit der freiberuflichen human- oder zahnmedizinischen Tätigkeit der Versicherten Person.

Voraussetzung für die Nutzung dieser speziellen Nachversicherungsgarantie für Humanmediziner ist, dass die Versicherte Person bei Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse eine Tätigkeit als Human- oder Zahnmediziner ausübt.

Die Erhöhung muss in den ersten fünf Versicherungsjahren beantragt werden, kann nur einmal in Anspruch genommen werden und kann frühestens zu dem auf Ihren Antrag folgenden Monat durchgeführt werden.

Eine Erhöhung im Rahmen dieser ereignisabhängigen Nachversicherungsgarantie kann nur für die Zukunft beantragt werden. Wird eine solche Vertragsanpassung gewünscht, erfolgt diese zu dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Termin. Zu diesem Termin beginnt auch der Versicherungsschutz der gewünschten Erhöhung.

Sollte Berufsunfähigkeit vor Beginn des erhöhten Versicherungsschutzes eintreten und wurden bereits Beiträge dafür bezahlt, erstatten wir den aufgrund der Erhöhung geleisteten Mehrbeitrag verzinst mit dem vertraglichen Rechnungszins zurück.

Eine Erhöhung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro monatlich betragen. Erhöhungen sind – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 100 Prozent der zu Vertragsbeginn versicherten Leistung; bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführte Dynamik-Erhörungen werden angerechnet,
- 5.000 Euro im Monat aller bei Swiss Life versicherten Berufsunfähigkeitsrenten. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente auf bis zu 5.000 Euro im Monat setzt voraus, dass bei Abschluss des Versicherungsvertrags neben der Beantwortung der Antragsfragen eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

Sie können diese ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse in Textform und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen, sofern die Versicherte Person zum Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und weder berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war, noch einen Antrag auf BU-Leistungen bei uns gestellt hat bzw. weder Leistungen aus einer Invaliditätsversicherung erhält oder erhielt, noch beantragt hat (z. B. bei Erwerbsminderung, Verlust einer Grundfähigkeit).

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Für die Erhöhung gelten der zum Erhöhungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder Besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile. Sollte die Versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausüben, besteht kein Recht auf Nachversicherung.

34 Optionale Erweiterungen

Wenn Sie den Versicherungsumfang Ihres Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie (gemäß 32 und 33) erhöhen, haben Sie das Recht

Ihren Versicherungsschutz zu erweitern und Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe 12.3) und die <<care>>-Option (Pflegerenten-Zusatzversicherung mit lebenslanger Rente bei Pflegebedürftigkeit in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente) gegen Mehrbeitrag einzuschließen, sofern Ihre Vertragskonstellation eine solche Erweiterung zulässt. Für die Erweiterung gelten der zum Erweiterungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif. Auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten wir, sofern der Einschluss der oben genannten Leistungen zeitgleich mit der Erhöhung des Versicherungsumfangs Ihres Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie beantragt wird. Die optionalen Erweiterungsmöglichkeiten gelten nicht in der betrieblichen Altersversorgung.

J Verlängerungsgarantie

35 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?

Sollte die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder den berufsständischen Versorgungswerken erhöht werden, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der für Sie zutreffenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um fünf Jahre. Der Antrag auf Verlängerung Ihres Vertrags muss uns gegenüber innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der Anhebung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung in Textform angezeigt werden. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

Die Verlängerung Ihres Vertrags ist nur unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- Sie sind ein anspruchsberechtigtes Mitglied in einer Versorgungseinrichtung (Deutsche Rentenversicherung oder berufsständisches Versorgungswerk)

- Die Versicherungsdauer Ihres bestehenden Vertrags ist mindestens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr vereinbart.
- Ihr Vertrag wird beitragspflichtig geführt.
- Sie erhalten oder erhielten bisher keine Leistungen aus Ihrem Vertrag und haben auch keine Leistungen beantragt.
- Ihr bei Antragstellung auf Verlängerung ausgeübter Beruf und die dann aktuellen Annahmerichtlinien lassen das gewünschte Ablaufalter zu.

Durch die Verlängerung Ihres Vertrags erhöht sich Ihr Beitrag nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, erstellen wir in jedem Fall einen Vorschlag für Sie. Wenn Sie mit diesem einverstanden sind, teilen Sie uns das mit. Wir erstellen dann einen Nachtrag zum Versicherungsschein mit der gewünschten Vertragsverlängerung.

K Kündigung des Vertrags

36 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

Teilweise Kündigung

Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Berufsunfähigkeitsrente nicht unter 600 Euro pro Jahr sinkt.

Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

37 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Die Kündigung ist mit Nachteilen verbunden. **Bei Kündigung erlischt die Versicherung, es wird kein Rückkaufwert fällig.**

Bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

Kündigung nach Eintritt des Leistungsfalls

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn die Berufsunfähigkeit bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufwert wird auch in diesem Fall nicht fällig.

L Erläuterung wichtiger Begriffe

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem handelsrechtlichen Buchwert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind. Mehr zu Bewertungsreserven lesen Sie in Kapitel F.

Bezugsberechtigter

Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

Deckungskapital

Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Deckungsrückstellung

Ist eine handelsrechtlich zu bildende Rückstellung auf der Passivseite der Bilanz. Sie dient dazu, die künftigen Leistungen sicherzustellen.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Begünstigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Geltende Richtlinien

Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise beschrieben wird, welche Berufe wir zu welchen Konditionen (z. B. Berufsgruppen) versichern. Bestimmte Berufe können gar nicht oder nur bis zu bestimmten Höchstsummen, Mindest- und Höchsteintrittsaltern oder mit Zuschlägen versichert werden. Weiterhin werden dort Summengrenzen für die medizinische und wirtschaftliche Risikoprüfung beschrieben. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung

Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

Leistungsdauer

Mit Leistungsdauer wird der Zeitraum ab Versicherungsbeginn bezeichnet und definiert das Ablaufdatum der Leistungsdauer, bis zu dem Leistungen längstens erbracht werden.

Natürliche Person

Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf den Invalidisierungstafeln SL 2022-10 I NR (N) oder SL 2022-10 I R (N), den Tafeln SL 2022 TI, SL 2022 RI und SL 2022 T sowie einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 Prozent; die Kalkulation von Swiss Life BU 4U abweichend auf Invalidisierungstafeln SL 2022-10 I NR (A) oder SL 2022-10 I R (A).

Sicherungsvermögen

Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

Sonderpädagogischer Förderbedarf

Schülerinnen und Schüler, die auf Grund einer Behinderung oder wegen einer Lern- oder Entwicklungsstörung besondere Unterstützung benötigen, werden nach ihrem individuellen Bedarf sonderpädagogisch gefördert.

Die sonderpädagogische Förderung umfasst die Förderschwerpunkte

Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, Hören und Kommunikation, Sehen, geistige Entwicklung und körperliche und motorische Entwicklung.

In der Regel entscheidet die jeweilige Schulaufsichtsbehörde, auf Antrag der Eltern, über den Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung und die Förderschwerpunkte. Vorher holt sie ein sonderpädagogisches Gutachten sowie, sofern erforderlich, ein medizinisches Gutachten der unteren Gesundheitsbehörde ein und beteiligt die Eltern. Besteht ein Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung, schlägt sie den Eltern mit Zustimmung des Schulträgers mindestens eine allgemeine Schule vor, an der ein Angebot zum Gemeinsamen Lernen eingerichtet ist.

Textform

Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief, E-Mail oder Telefax erfolgen.

Überschussanteilsätze

Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschussbeteiligung

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Kapitel F. **Überschüsse**

Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse. Lesen Sie dazu Kapitel F.

Überschussverwendungs-System

Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

Unverzüglich

Bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Umgangssprachlich versteht man damit: so schnell wie möglich.

Unzumutbare Härte

Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person ihren Beruf nicht mehr ausüben kann.

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht. Sie bestimmt den Endtermin, bis zu dem ein Versicherungsfall spätestens eintreten muss, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

Versicherungsjahr

Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.

Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr. In diesen Fall verschiebt sich der Beginn des zweiten Versicherungsjahres und aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

Versicherungsnehmer

Ist die Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag

Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung, die Sie mit uns abschließen.

M Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung:
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswchsel und Wundversorgung, Versorgung mit

- Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die

Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband

Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Allgemeine Bedingungen

für den vorläufigen Versicherungsschutz

Swiss Life.BU / Swiss Life.BU plus
Swiss Life.BU 4U / Swiss Life.BU 4U plus
Swiss Life Vitalschutz Power
Swiss Life Vitalschutz Spirit
Swiss Life Vitalschutz Complete

Stand: 07.2018 (VVS_EV_BUA_2018_07)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Inhalt

1	Versicherungsschutz und Leistungen ...	2	3	Ausschlüsse	3
1.1	Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?	2	3.1	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen? ..	3
1.2	Was ist vorläufig versichert?	2	4	Weitere Bestimmungen	3
1.3	Welche Leistungen sind versichert?	2	4.1	Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	3
1.4	Unter welchen Voraussetzungen besteht ein vorläufiger Versicherungsschutz?	2			
1.5	Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?	2			
2	Beitragszahlung	3			
2.1	Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	3			

1 Versicherungsschutz und Leistungen

1.1 Wann beginnt der vorläufige Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zeitpunkt, an dem Ihr Antrag bei Swiss Life eingeht.

1.2 Was ist vorläufig versichert?

1.2.1 Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf alle Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. Grundfähigkeitsversicherung.

1.2.2 Wann der Leistungsfall vorliegt, wird in den Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. für die Grundfähigkeitsversicherung festgelegt.

1.3 Welche Leistungen sind versichert?

1.3.1 Versicherungsschutz besteht in Höhe der beantragten Versicherungsleistungen, soweit die im Folgenden genannten Grenzen nicht überschritten werden.

1.3.2 Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes sind auf höchstens 13.200 Euro jährlich (1.100 Euro monatlich) begrenzt, auch wenn höhere Leistungen beantragt wurden.

Werden aus mehreren auf das Leben derselben Person bei Swiss Life beantragten Versicherungen Leistungen bei Berufsunfähigkeit bzw. Verlust einer Grundfähigkeit fällig, so wird die Leistung aus diesem Vertrag in dem Verhältnis herabgesetzt, das sich aus 13.200 Euro zu der Summe aller beantragten Berufsunfähigkeitsrenten bzw. Grundfähigkeitsrenten ergibt. Die Summen werden für Berufsunfähigkeitsversicherungen sowie Grundfähigkeitsversicherungen getrennt ermittelt.

1.3.3 Die Leistungen bei Berufsunfähigkeit bzw. Verlust einer Grundfähigkeit enden spätestens mit dem Ablaufdatum der für die Versicherung beantragten Leistungsdauer. Endet nach bereits

anerkannter Berufsunfähigkeit unsere Leistungspflicht und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache(n) ein, werden wieder Leistungen nach diesen Bedingungen erbracht. Für die Grundfähigkeitsversicherung gilt Entsprechendes bei erneutem Verlust derselben Grundfähigkeit.

1.4 Unter welchen Voraussetzungen besteht ein vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt,
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarifen und Bedingungen bewegt,
- die Versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

1.5 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1.5.1 Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
- wir Ihren Antrag abgelehnt haben oder Ihren Antrag nur zu erschwerten Bedingungen annehmen können (Änderungsvorschlag) und unsere Kündigungserklärung wirksam geworden ist (siehe 1.5.2),
- Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben,
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben,
- Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben,
- der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte

Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

1.5.2 Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der vorläufige Versicherungsschutz endet bei Kündigung durch Swiss Life jedoch erst zwei Wochen nach Zugang der Kündigungserklärung.

2 Beitragszahlung

2.1 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine Versicherungsperiode des beantragten Versicherungsvertrags, jedoch nicht mehr als den in 1.3.2 genannten Summen.

3 Ausschlüsse

3.1 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

3.1.1 Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die Versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

3.1.2 Bei Berufsunfähigkeit oder Verlust einer Grundfähigkeit der Versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Versicherte

Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

3.1.3 Kein Versicherungsschutz besteht außerdem, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

- durch Selbsttötung oder versuchte Selbsttötung der Versicherten Person,
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).
- durch absichtliche Herbeiführung des Versicherungsfalles,
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde,
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden,
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts den Versicherungsfall herbeigeführt hat.

4 Weitere Bestimmungen

4.1 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

4.1.1 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonder-

en Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse sowie die Dauer und den Umfang. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

4.1.2 Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Bedingungen

für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen
ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik)

Swiss Life BU
Swiss Life BU plus
Swiss Life BU 4U
Swiss Life BU 4U plus
Swiss Life Vitalschutz Power
Swiss Life Vitalschutz Spirit
Swiss Life Vitalschutz Complete

Stand: 07.2021 (AVB_EV_DYB_2021_07)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die folgenden Bedingungen informieren Sie über die Regelungen zur Dynamik, die für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Inhalt

1	Dynamikarten und Dynamikformen	2			
1.1	Welche Dynamikarten gibt es?	2	2.3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	3
1.2	Welche Dynamikformen gibt es?	2	2.4	Wann werden Erhöhungen ausgesetzt? 3	
			2.5	Wann können Sie die Dynamik kündigen?	3
2	Durchführung der Dynamik	2	3	Weitere Bestimmungen	3
2.1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?	2	3.1	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	3
2.2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen? 2				

1 Dynamikarten und Dynamikformen

Mit der Dynamik können Sie eine jährliche Erhöhung von Beitrag und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung mit uns vereinbaren. Bei Antragstellung entscheiden Sie sich für eine der nachstehenden Dynamikarten und -formen. Die Wahlmöglichkeit kann durch den vereinbarten Tarif, durch den Durchführungsweg in der betrieblichen Altersversorgung und durch die steuerliche Schicht beschränkt sein. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

1.1 Welche Dynamikarten gibt es?

Für die Berufsunfähigkeitsversicherung und Grundfähigkeitsversicherung bieten wir die Dynamikart Volldynamik an.

Bei der Volldynamik erhöhen sich die Versicherungsleistungen der Haupt- und Zusatzversicherungen (soweit eingeschlossen).

1.2 Welche Dynamikformen gibt es?

Für die Berufsunfähigkeitsversicherung bieten wir die Dynamikform B, im Rahmen einer Direktversicherung die Dynamikform O und Q an. Für die Grundfähigkeitsversicherung bieten wir die Dynamikform B

1.2.1 Form B

Bei der Dynamikform B handelt es sich um eine Beitragsdynamik, bei der sich die Beiträge um einen festen Prozentsatz zwischen zwei und fünf Prozent erhöhen, bei der Grundfähigkeitsversicherung um zwei oder drei Prozent.

1.2.2 Form O

Bei der Dynamikform O handelt es sich um eine Beitragsdynamik. Die Erhöhung der Beiträge erfolgt im selben prozentualen Verhältnis, in dem der Höchstbeitrag zur allgemeinen Rentenversicherung in den alten Bundesländern gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist, jedoch mindestens um zwei und höchstens um fünf Prozent.

Die Beitragserhöhung erfolgt jedoch nur soweit, bis der Gesamtbeitrag vier Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung erreicht. Es gilt die im Jahr der Erhöhung jeweils gültige Beitragsbemessungsgrenze.

1.2.3 Form Q

Bei der Dynamikform Q handelt es sich um eine Beitragsdynamik. Die Erhöhung des Beitrags erfolgt wie bei der Dynamikform O.

Die Beitragserhöhung erfolgt jedoch nur soweit, bis der Gesamtbeitrag acht Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung erreicht. Es gilt die im Jahr der Erhöhung jeweils gültige Beitragsbemessungsgrenze.

2 Durchführung der Dynamik

2.1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge?

2.1.1 Der Beitrag und die zugehörigen Leistungen der Versicherung erhöhen sich ohne erneute Gesundheitsprüfung nach den Festlegungen, die Sie bei Antragstellung wählen und die von uns bestätigt wurden.

2.1.2 Für die in 1.2 genannten Dynamikformen errechnet sich eine Erhöhung der Versicherungsleistung aus der Beitragserhöhung.

2.2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

2.2.1 Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. Die erste Erhöhung erfolgt erst zu Beginn des übernächsten Versicherungsjahres, falls der Versicherungsschein innerhalb der letzten zwei Kalendermonate vor Ablauf eines Versicherungsjahres erstellt wird oder der Vertrag mit einem Rumpfbeginnjahr beginnt.

Beim Stufentarif erfolgt die erste Erhöhung erst zu Beginn des übernächsten Versicherungsjahres

nach Ablauf der Beitragsstufe 1.

2.2.2 Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin, sofern die höheren Beiträge gezahlt wurden.

2.2.3 Die letzte Erhöhung erfolgt sechs Jahre vor dem vereinbarten Beitragszahlungsende. Dieser Termin wird im Versicherungsschein genannt.

2.3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

2.3.1 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der Versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den ursprünglichen Annahmebedingungen und nach den bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen, soweit gesetzliche oder aufsichtsbehördliche Bestimmungen nichts anderes festlegen oder empfehlen.

2.3.2 Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

2.4 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

2.4.1 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

Erhöhungen können Sie beliebig oft widersprechen oder durch Nichtzahlung aussetzen, ohne dass dadurch Ihr Recht auf Dynamik erlischt.

2.4.2 Solange Berufsunfähigkeit oder ein anderer Versicherungsfall vorliegt, entfällt die weitere Erhöhung der Beiträge und Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung. Für die Grundfähigkeitsversicherung gilt Entsprechendes während der Dauer des Versicherungsfalles.

2.5 Wann können Sie die Dynamik kündigen?

2.5.1 Sie können jederzeit die Dynamikvereinbarung in Textform kündigen. Dann erlischt Ihr Recht auf weitere planmäßige Erhöhungen für die Zukunft.

2.5.2 Einen Wiedereinschluss einer Dynamik können Sie in Textform beantragen. Sie setzt eine erneute Risikoprüfung und unsere Zustimmung voraus.

3 Weitere Bestimmungen

3.1 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

3.1.1 Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Abschnitt 7 (Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten) der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung bzw. Grundfähigkeitsversicherung.

3.1.2 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen hinsichtlich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf (siehe Bedingungen für die Hauptversicherung).